A enfermagem a partir de uma visão crítica:
Excelência das práticas de cuidado
3

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

A enfermagem a partir de uma visão crítica:

Excelência das práticas de cuidado

3

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Assistentes editoriais
Natalia Oliveira
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista
Revisão
Os autores

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena Editora
Ano 2021

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

A enfermagem a partir de uma visão crítica: excelência das práticas de cuidado 3

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 A enfermagem a partir de uma visão crítica: excelência das práticas de cuidado 3 / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-457-0
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.570211609

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2021

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena Editora

Ano 2021

APRESENTAÇÃO

A coleção intitulada "A enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas de cuidado" discute temáticas várias e evidencia os cuidados de enfermagem de excelência ao longo do ciclo de vida, desde a gestação ao envelhecimento. A pessoa é cuidada tendo em conta a sua singularidade, capacidade de autocuidado, qualidade de vida e segurança.

Os 89 capítulos que compõem a coleção estão expostos em 4 volumes. O volume 1 relaciona-se com a gravidez, nascimento, recém-nascido, criança, adolescente e saúde do adulto. Fisiopatologias e linhas de orientação respeitantes a patologias várias, ginecológica feminina e masculina são explanadas neste volume. O volume 2 com relevância para a saúde pública, apresenta a questão pandémica do SARS CoV2 e outras infeções. Abarca a prestação de cuidados de Enfermagem em unidades de cuidados intensivos e atuação no processo de doação de órgãos tendo sempre no horizonte a excelência dos cuidados. O volume 3 aborda assuntos de gestão de cuidados e politicas de saúde de forma a melhorar e contribuir para a gestão da qualidade e qualidade de vida. Fica também claro, nos capítulos que compõem este volume, a humanização dos cuidados. O Volume 4 oferece, através dos diversos artigos, respostas aos problemas biopsicossociais, tanto académicas como profissionais, de forma a capacitar estudantes, enfermeiros, utentes e ainda a população em geral para o cuidar e o autocuidar.

Nestes volumes e em cada capítulo conhece-se, apreende-se, recorda-se e reflete-se sobre a enfermagem. Visões criticas e interdisciplinar enriquecem esta obra. Um reconhecimento especial para o trabalho cuidado crítico e minucioso dos autores que objetivam uma leitura prazerosa e refletida sobre as práticas de cuidado.

Investigações e pesquisas, bem conseguidas, necessitam ser divulgadas. Mais uma vez a plataforma Atena Editora revelou-se crucial na publicação destes estudos científicos, de robusta produção de autores e coautores, no âmbito da excelência dos cuidados e com ênfase na saúde da pessoa/população. O desafio **é** proporcionar aos leitores a reflexão e o aumento do interesse para a realização de outros trabalhos/pesquisas em prole da segurança do cuidar, do bem-estar e qualidade de vida.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A APLICABILIDADE DAS SEIS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA

Data de aceite: 20/08/2021

Regiane da Silva Alves
https://orcid.org/0000-0002-7377-9778

Vânia Resende da Silva
https://orcid.org/0000-0002-9310-1542

Leila de Assis Oliveira Ornellas
https://orcid.org/0000-0001-6188-029X

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
https://orcid.org/0000-0003-1851-2154

André Ribeiro da Silva
https://orcid.org/0000-0002-2167-9345

RESUMO: **Objetivo**: Avaliar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem acerca das seis metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde, assim como a sua aplicabilidade. **Método**: Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, que foi realizada em um Hospital Público, no setor de hemodinâmica, por meio de um questionário contendo dez questões abertas dissertativas, que foram respondidas por todos os profissionais da área assistencial da Enfermagem, totalizando 5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem. **Resultados**: Verificarmos que os profissionais estão sempre à procura de capacitação e aperfeiçoamento profissional, e por isso identificamos um conhecimento satisfatório da equipe. Notamos que as dificuldades encontradas para a implementação das seis metas são por falta de recursos institucionais. Contudo, a comunicação efetiva, a segurança dos medicamentos e a cirurgia segura, são as metas melhor aplicadas. **Conclusão**: A partir dos resultados coletados, os pesquisadores propuseram salientar a importância de uma educação continuada acessível dentro da instituição, que sensibilize a equipe a conhecer e aprimorar os seus conhecimentos, baseando-se nas principais dificuldades encontradas por tal equipe.

PALAVRAS - CHAVE: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Educação continuada.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the degree of knowledge of the nursing staff about the six international goals of patient safety of the World Health Organization, as well as their applicability. Method: This is a qualitative exploratory research, which was carried out in a Public Hospital, in the hemodynamics sector, through a questionnaire containing ten open essay questions, which were answered by all professionals in the nursing care area, totaling 5 nurses and 4 nursing technicians. Results: We verify that the professionals are always looking for training and professional improvement, and for this reason we have identified a satisfactory knowledge of the team. We note that the difficulties encountered in implementing the six goals are due to a lack of institutional resources. However, effective communication, drug safety and safe surgery are the goals best applied. Conclusion: Based on the results collected, the researchers proposed to stress the importance of an accessible

continuing education within the institution, which sensitizes the team to know and improve their knowledge, based on the main difficulties encountered by such team.
KEYWORDS: Atient safety; Quality of health care; Continuing education.

INTRODUÇÃO

Atualmente os profissionais de enfermagem estão diante de uma das principais preocupações na assistência ao paciente que necessita de cuidados impreterível, e dentre essas, a segurança detém uma das prioridades e a mais falada nos últimos tempos, por ser um constituinte primordial da qualidade e preceito essencial para contenção dos eventos adversos garantindo a sua diminuição, e aumentando a qualidade assistencial de todos (1).

O Ministério da Saúde editou a Resolução nº 36, que determina segurança do paciente como a diminuição dos riscos impróprios que causam lhes danos associados à assistência, e que tem por finalidade criar práticas que favorecem na promoção do cuidado do paciente e o progresso da qualidade nos sistemas públicos e privados, dispondo as normas para elaboração do Núcleo de Segurança do Paciente fundamentando então sua criação (2).

Com a intensão de reduzir o incidente das eventualidades adversas e considerar as premissas de defesa do paciente garantindo assim a sua seguridade, as organizações de saúde aderem aos preceitos criados pelo Programa de Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), desde 1987 nos Estados Unidos, incorporado ao Brasil e exercido por o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que tem o intuito de implantar e difundir resultados que garantam segurança aos pacientes, sendo estas: 1) identificação correta dos pacientes; 2) comunicação eficaz dos profissionais com os pacientes; 3) seguridade medicamentosa de alta cautela; 4) cirurgia segura no paciente certo e no local certo; 5) diminuição dos perigos de infecção; 6) redução de risco de lesões resultantes de quedas (3).

A vista disso, no sistema brasileiro de saúde, é de responsabilidade do Núcleo de Segurança do Paciente, através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a incumbência de favorecer a inserção dos seis protocolos propostos pela JCI e com ela colaborar, além de integrar premissas que previnam os riscos inerentes à atividade interna de um hospital (4).

A carência de profissionais disponíveis e sua má distribuição, seguidas de uma acentuada carga horária e baixa remuneração, indicam também que os erros e suas repercussões elevam a ocorrência de tais eventos adversos, o que exige estratégias eficientes e recursos para boas condições de trabalho, evitando assim a má prestação dos serviços de saúde (5, 6, 7).

Todavia o comprimento dessas normas de segurança do paciente não deixa de ser um desafio, e os procedimentos dentro da Unidade de Hemodinâmica, são procedimentos

de alta complexidade e detém mais riscos de intercorrências por se tratar de procedimento cardíaco, requerendo um cuidado de toda equipe de forma qualificada com competência e agilidade, exercendo de maneira diligente e adequada no cuidado seguro do paciente (8).

Nota-se que na unidade de Monitorização Hemodinâmica disposições, facilitam o acontecimento de acidentes, devido ao elevado perigo de incidentes e em decorrência da descontinuação da assistência e da deficiência da aplicação dos protocolos (9, 10, 11).

Contudo, o estudo teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem acerca das seis metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde, assim como a sua aplicabilidade.

MATÉRIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de caráter qualitativo realizada com profissionais da saúde que atuam na enfermagem. No estudo transversal, o pesquisador emprega para conduzir a pesquisa o seguimento no tempo, num período pré-determinado e limitado, nessa forma de estudo transversal consegue-se fazer o ensaio diagnóstico com estatística análoga a sistematização obtendo assim uma prevalência de resultados com caráter qualitativo (12).

Ainda, a pesquisa transversal de natureza qualitativa confere a relevância indispensável das declarações e respostas dos participantes da pesquisa, e aos relatos e aos conteúdos transmitidos por eles, comprovando, portanto, os vínculos entre as variáveis determinadas através dos dados apurados (13).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos de um hospital referência em cardiologia do centro-oeste do Brasil, com parecer número 4.092.365 de 17 de junho de 2020, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 32846720.3.0000.0026.

Para a referida pesquisa foram selecionados 30 profissionais, sendo 11 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem da Unidade de Hemodinâmica de uma instituição filantrópica do Distrito Federal. Destes 9 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam à pesquisa, sendo 5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: profissionais da área assistencial da Enfermagem de ambos os sexos: enfermeiros graduados e pós-graduados em enfermagem e técnicos em enfermagem, atuando por mais de seis meses, pertencentes ao quadro de funcionários do setor da hemodinâmica.

A coleta de dados se deu através de um questionário aberto semiestruturado, com dez questões, que foram respondidas pelos pesquisados, via formulário Google, onde o entrevistado leu e assinou o termo de consentimento livre e esclarecimento.

Esse é um método bastante aplicado como ferramenta para coletar dados, devendo ser elaborado por perguntas bem claras, as quais serão encaminhadas aos entrevistados

de forma virtual ou impressa, o que possibilita um alcance mais amplo de participantes além de assegura o anonimato das respostas e nem ter a interferência de opiniões do pesquisador (14).

O link do questionário foi encaminhado individualmente a cada participante de forma virtual, através do aplicativo de celular *WhatsApp*, no qual o participante ficou livre para responder conforme o seu tempo, sendo ele determinado do dia 08 até 28 de julho de 2020, seguindo por tanto todos os dispostos da Resolução CNS - 466/12 (15). Após a obtenção das respostas utilizamos o software MAXQDA 2020 para análise qualitativa dos dados integralmente com vistas a alcançar todos os objetivos propostos para esta pesquisa.

Existem diversos softwares para a analisar os dados qualitativos, tal qual destaca: o software MAXQDA que oferta excelentes recursos para o manejo dos dados, visualização e interpretação dos segmentos coletados, baseando em rede de linhas que juntam os códigos aos registros abrangendo os dados. Os resultados nos apontam para observações, que os softwares fornecem ao usuário/pesquisador um empenho em equilibrar as possibilidades técnicas e cientificas das plataformas digitais (16).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esboçar o perfil dos participantes da pesquisa foram coletadas as informações sociodemográficas de relevância, junto com o questionário de perguntas abertas, estes dados foram: idade, sexo, raça, formação acadêmica, profissão, tempo de atuação na área da saúde, horas trabalhadas e em quais hospitais trabalham, conforme apresentados na Tabela 1.

Variáveis Selecionadas	Porcentagem (%)
Amostra total (9)	
Gênero	
Masculino	11,10%
Feminino	88,90%
Faixa etária	
menor que 18 anos	0
Entre 18 e 22 anos	0
Entre 22 e 30 anos	33,33%
Entre 30 e 45 anos	55,55%
Acima de 45 anos	11,11%
Formação acadêmica	
Técnico de Enfermagem	44,40%
Gradução em Enfermagem	55,60%
Pós-Graduação em Enfermagem ou areas afins	55,60%
Cursos de atualização ou capacitação profissional	
1 por ano	55,60%
mais de 1 por ano	11,10%
não costuma fazer	33,30%
Trabalha em quantos hospitais	
Apenas em 1	66,70%
Mais de 1	33,30%
horas trabalhadas por semana	
Até 44 horas	66,70%
Acima de 44 horas	33,30%
Tempo de atuação na Enfermagem	
Menos de 1 ano	11,11%
Entre 1 ano e 5 anos	33,33%
Acima de 5 anos	55,55%

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico

Fonte: Os autores, 2021.

Inicialmente os participantes responderam as questões pessoais, o que nos possibilitou montar a tabela acima, que foi elabora conforme as variantes selecionadas, os entrevistados do gênero masculino correspondem a (11,11%), e feminino a (88,90%), com uma faixa etária entre 30 a 45 anos sendo a maioria (55,55%), o que nos representa que mais da metade dos profissionais do setor correspondente são mulheres. Esse resultado vai de encontro com outros estudos realizados com trabalhadores da saúde na área da enfermagem (17).

Foi possível uma análise sobre a formação e a busca por capacitação profissional, onde podemos observar que os profissionais do setor estão buscando pelo menos 1 curso de capacitação por ano o que fica registrado por (55,60%), sendo, portanto, a maioria (18) afirmam que a maioria dos profissionais da área da saúde, procuram a capacitação e aperfeiçoamento profissional. Indo por tanto de encontro com os dados analisados da presente pesquisa.

Em relação ao número de hospitais que os profissionais trabalham, pode se observa que a maioria trabalha apenas em 1 hospital (66,70%), o que nos mostra também que a carga horária da maior parte vai até 44 horas semanais (66,70), o que é bom pois assim

o profissional tem mais tempo para investi em cursos de capacitação e também para se ter uma melhor qualidade de vida. Como foi possível analisar também o tempo de atuação desses profissionais que passam de 5 anos de atuação na enfermagem (55,55%), isso demostra o comprometimento das pessoas com a sua área de formação. O que concorda com um estudo (19), que fala sobre a qualidade de vida dos profissionais da saúde. Sendo este um fator muito importante na atualidade.

Para o alcance dos objetivos propostos, os participante responderam às questões direcionas ao problema da pesquisa, o que possibilitou sintetizar a análise dos dados qualitativos, e para identificação dos profissionais envolvidos na pesquisa, optou-se em identifica-los da seguinte forma: os técnicos em enfermagem como TE 1, TE 2, TE 3 e TE 4, e os enfermeiros como ENF 1, ENF 2, ENF 3, ENF 4 e ENF 5. O que vai em conformidade com estudo qualitativo (14). Os dados foram sistematizados em eixos e descritos na Figura 1.

Eixo I - Grau de conhecimento da equipe de enfermagem acerca das seis metas internacionais de segurança do paciente.

Foi identificado um adequado grau de conhecimento da equipe de enfermagem devido à maioria ter a percepção e já ter ouvido falar sobre as seis metas internacionais de segurança do paciente, seja no seu processo de formação profissional ou aperfeiçoamento. O que fica evidenciado na Figura 1, pois a maioria soube mencionar as seis metas. Em concordância com um estudo (20) que evidenciou a crescente discursão sobre o tema seguridade do paciente em relação as seis metas, que os profissionais devem executar para proporcionar maior qualidade no atendimento, livre de riscos que o paciente pode sofre durante sua estadia hospitalar.

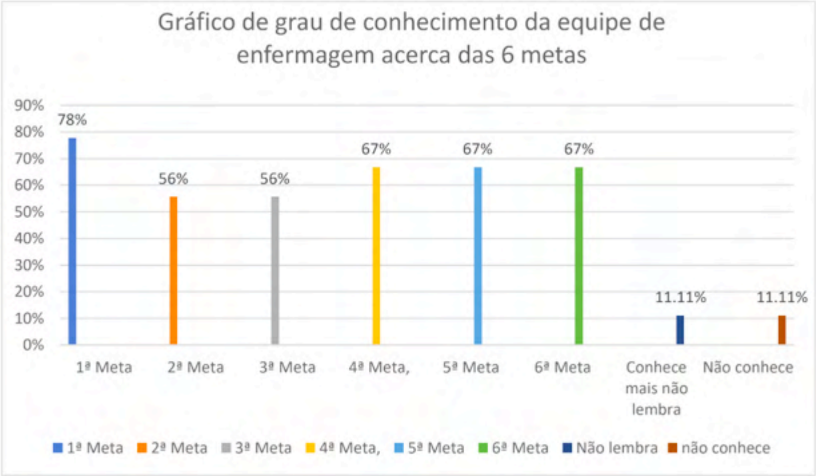


Figura 1 – Gráfico de grau de conhecimento das equipes de enfermagem

Fonte: Os autores, 2021.

Portanto, nota-se a importância do profissional está sempre buscando ampliar o seu nível de conhecimento e aperfeiçoamento sobre esse tema tão atual, e de grande magnitude para todos, o que poderia ser aperfeiçoada com a educação continuada da instituição ou externa, que desta forma proporcionaria subsídios para capacitação aos profissionais da enfermagem, por meios da educação continuada. Estudos mostram que o tema segurança do paciente, está em alta e presente em diversos cronogramas de cursos extra hospitalares e também nos núcleos de educação continuada de diversas instituições (19, 21, 22).

Foi possível notar na equipe que a maioria tem o conhecimento e sabe a importância da existência de protocolos capazes de melhorar a segurança, fato este, que será evidenciado nas falas a seguir:

ENF 1: "Sim. Identificar o paciente e higienizar as mãos para evitar contaminação; manter uma boa comunicação com a equipe; assegurar local de cirurgia, procedimento e paciente seguro; reduzir o risco de queda e lesões por pressão; melhorar a prescrição e administração de medicamentos"

ENF 2: "sim, cirurgia segura, identificação certa, grades elevadas..."

TE 3: "Não"

ENF 3: "Sim, no processo de aperfeiçoamento. Identificação correta dos pacientes, comunicação efetiva, cirurgia segura, prevenção de danos relacionados à queda, redução do risco de infecções relacionadas a assistência à saúde e melhorar a segurança das medicações de alta vigilância.".

TE 4: "Sim"

ENF 5: "Identificação correta, comunicação efetiva, melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, cirurgia segura, redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, prevenção de quedas''.

"No Brasil em 2013, uma ação do Ministério da Saúde junto à Organização Mundial de Saúde (OMS), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria 529/2013, com intuito de instituir ações nos serviços de saúde voltadas para segurança do paciente, com o objetivo de construir um sistema de saúde mais eficaz em diferentes áreas de atuação, organizando os serviços de saúde através da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (23)".

Ficando portando evidenciado a importância da educação continuada e a implantação dos protocolos, para a promoção da segurança do paciente conforme na citação acima, que a estratégia de promover a educação continuada nivela o conhecimento de todos na equipe de enfermagem, ampliando, portanto, o atendimento mais seguro ao paciente.

Os estudantes da área da saúde e então profissionais formados e atuantes estão sempre com a incumbência de diminuir ao máximo os riscos que os pacientes são expostos durante a assistência hospitalar, o que demostra a necessidade da obtenção de conhecimentos contínuos para se ter uma assistência de qualidade (24).

Eixo II - Aplicabilidade das seis metas internacionais da OMS no setor da monitorização hemodinâmica invasiva

Apesar de que se reconheça um esforço gradual do setor pela qualidade no serviço prestado que abrange a área da saúde, vale a pena considerar a realidade do serviço público que na maioria das vezes passa por uma restrição muito grande de recursos humanos e materiais. Alguns aspectos identificados na pesquisa que podem contribuir para a não aplicabilidade das seis metas, sendo que, duas delas não são aplicadas como deveria ser e as outras metas são aplicadas dentro das possibilidades que a unidade permite, conforme é demonstrado na figura 2.

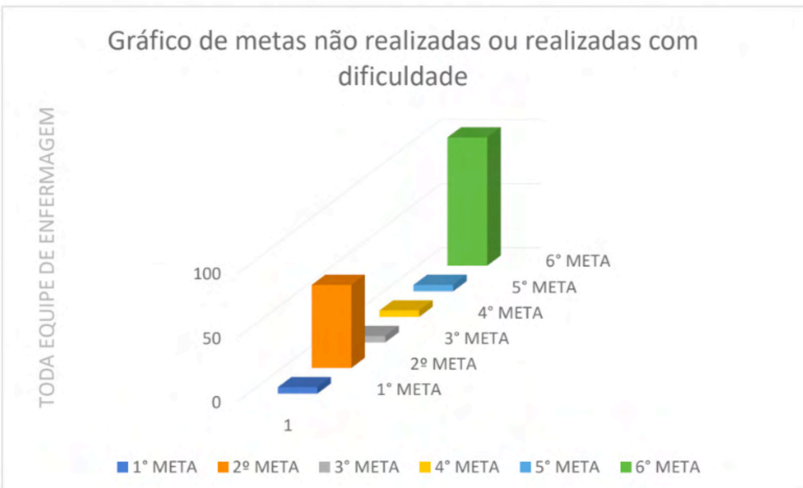


Figura 2 – Gráfico de metas não realizadas

Fonte: Os autores, 2021.

Percebeu-se que a primeira dificuldade encontrada é na prevenção de quedas/ acidentes em virtude do piso danificado e grades das camas com defeito que ocorre muitas das vezes por falta de recursos institucionais para reforma e realocar o setor, a segunda dificuldade encontrada trata-se da falta de materiais, falta de manutenção de equipamentos e insumos para execução das seis metas corretamente. E falta de pulseiras identificatórias, os quais nem sempre estão disponíveis, e por último a falta de adesão da equipe.

Contudo, observou-se que três metas são aplicadas dentro das possibilidades que a unidade permite, as quais são a comunicação efetiva entre os profissionais e os pacientes, a segurança dos medicamentos de alta vigilância e a da cirurgia segura, conforme fica explicito a seguir:

ENF 1: “Falta de colocação da pulseira de identificação em todos os pacientes e o piso muito danificado do setor”.

ENF 2: “No atual cenário falta alguns materiais; algumas camas estão com as grades danificadas, aumentando o risco de queda; muitos funcionários novos na hemodinâmica ainda se adaptando a rotina”.

ENF 3: “Prevenção de quedas pois há áreas do setor de hemodinâmica que a estrutura/ o piso não está bom’’.

ENF 4: “Sim, falta de monitores e cabos, piso...”.

ENF 5: “Prevenção de quedas pois há áreas no setor de hemodinâmica que a estrutura/ piso não está boa”.

Visando a primeira meta faz se necessário a adoção de diferentes métodos para a realização da identificação do paciente, seja por pulseiras, os até mesmo por placas nos leitos ou por adesivos autocolantes nas roupas dos pacientes, com o intuito de cumprir a primeira meta e evitar erros pertinentes a não identificação correta dos pacientes (14, 25).

O protocolo Prevenção de quedas diz respeito a esse tipo de evento adverso que colabora com o tempo de internação hospitalar e os gastos na assistência, onde gera preocupação dentro da equipe de saúde, além de acarretar impacto na confiabilidade da entidade, e até consequência de origem legal. Podendo também prejudicar o segmento do cuidado. Comumente a queda de pacientes em ambientes hospitalares é interligada a fatores vinculados tanto ao usuário como ao ambiente físico (2).

Mudar a cultura de segurança é necessário tanto dos profissionais quanto das instituições, pois no âmbito hospitalar, os pacientes estão expostos a diversos riscos que interferem na saúde e na segurança do paciente. Nesse contexto, esses eventos adversos na maioria dos casos ocorrem devido à falta de materiais básicos, de segurança por parte da empresa, carga horária excessiva, poucos funcionários para a demanda, falta de direcionamento pessoal e precariedade dos serviços (26).

No entanto, as instituições devem se reinventar diante das dificuldades existentes, criando possibilidades de minimizar os danos proveniente do risco de quedas e lesões por pressão, com um reforço técnico no que tange a manutenção dos equipamentos diversos e aumentando o quadro funcional, além de dar condições a realização dos protocolos propostos (6, 27, 28).

Com um propósito de reduzir a incidência de danos evitáveis, o que é de grande preocupação por parte de todos os envolvidos no progresso de assistência de enfermagem, com ações multidisciplinares que promovam com eficácia a segurança do paciente de maneira holística (29).

Eixo III - As principais atividades implementadas como forma de assegurar as seis metas e retratar as principais dificuldades descritas pela equipe.

Neste horizonte, o empenho e o envolvimento de todos da equipe, é importante para minimizar os riscos danosos associados aos cuidados, sendo imprescindível que os profissionais detenham o conhecimento e a clareza no que tange as seis metas, em especial a identificação correta do paciente, que é a primeira das metas, que evita a ocorrência de

erros e eximiriam as futuras complicações aos pacientes.

É indispensável a implementação de protocolos, com intensão de propiciar a seguridade do paciente e precaver malefícios aos mesmos, e ter uma assistência livre de erros. A partir das seguintes falas, fica evidente o reconhecimento dos profissionais sobre as principais atividades que poderiam ser implementadas para atender a esse critério (30).

ENF 1: "Manter os treinamentos da equipe. Melhorar a cada dia a comunicação. Prestar um atendimento de qualidade a melhor maneira possível".

ENF 2: "Todos falarem a mesma língua, vigilância dos gestores e treinamento constante.".

TE 3: "Informação sobre as metas e sua importância, e, vigilância / busca ativa para identificar se de fato os profissionais estão seguindo com as metas em seus cuidados aos pacientes.".

ENF 4: "Palestras e explicações sobre as metas e suas aplicações.".

ENF 5: "Atualmente (devido a pandemia do coronavirus) a higienização das mãos; identificação correta do paciente e tipo de procedimento; e, redução do risco de quedas. Quanto a higienização das mãos, há facilitadores no setor: dispense de álcool em gel em todos os locais e pias próximas ao posto de enfermagem. Risco de quedas: a equipe é sempre orientada a levantar as grades do leito, acompanhar o paciente e, quando possível, conduzi-los em cadeira de rodas. Identificação do paciente: os pacientes são admitidos com pulseiras de identificação e durante anamnese são confirmados os dados pessoais com o próprio paciente.".

TE 1: "manutenção e disponibilidade de insumos".

ENF 4: "A aquisição de equipamentos para suporte e monitoração dos pacientes".

TE 2: "Informação sobre as metas e sua importância, e, vigilância / busca ativa para identificar se de fato os profissionais estão seguindo com as metas em seus cuidados aos pacientes.".

ENF 2: "Todos falarem a mesma língua, vigilância dos gestores e treinamento constante.".

Salientamos, portanto, a dimensão da educação continuada na saúde, ainda que existam dificuldades, para que os profissionais do setor tenham familiaridade com as seis metas internacionais de segurança do paciente, mantendo-os assim sempre informados e dessa forma evitando e reduzindo possíveis eventos adversos que podem ser prejudiciais aos pacientes. O que vem de encontro com e a seguridade do paciente, conforme explica alguns estudos sobre a segurança, tornando essencial ampliar a discussão acerca das seis metas (31, 32).

Ficando por tanto evidenciado com todos os estudos e toda pesquisa, que muitas medidas podem ser implantadas para a efetivação das seis metas, visto que a instrução é a forma mais fácil para se alcança esse objetivo, pois estimula os profissionais a estarem sempre fazendo o seu melhor e de forma embasada com conhecimentos técnicos e

cinéticos. Visto que o desenvolvimento da assistência segura, carece de implantação de protocolos e instrumentos que fortaleçam a prática da seguridade do paciente nos mais diversos ambientes hospitalares, inclusive no setor de monitorização hemodinâmica invasiva.

CONCLUSÃO

Este estudo permite revelar que as seis metas internacionais de segurança voltadas ao paciente são conhecidas de forma proveitosa por todo o grupo que compõe a enfermagem na unidade de hemodinâmica, no entanto, os enfermeiros entrevistados têm um conhecimento mais amplo em relação à seguridade do paciente, devido ao tempo de trabalho e as experiências vividas em outros setores hospitalares e não em seu processo de formação.

Toda via, referindo-se, aos técnicos em enfermagem, eles possuem um conhecimento específico não muito aprofundado quando questionados, poucos deles souberam mencionar as seis metas em ordem nem com clareza, apesar disso demonstram esforços contínuos como prioridades na prática assistencial como forma de garantir a segurança dos pacientes.

Vale a pena ressaltar que o Núcleo de Segurança e qualidade do paciente da referida instituição está reunindo forças para ampliar sua atuação por todos os setores do hospital inclusive no setor de hemodinâmica.

Portanto, é de suma relevância que os profissionais de saúde obtenham qualificação e atualização periodicamente a qual contribui imensamente para a segurança do paciente e até mesmo de si próprio, e que mesmo se tratando de uma realidade peculiar a todos os hospitais sendo públicos ou particulares, onde a dificuldade está relacionada a falta de artifícios e de materiais que fazem parte do cotidiano do serviço, a equipe deverá sempre está empenhada a oferecer uma assistência de saúde livre de qualquer dano resultante de imperícia, imprudência e negligência.

A amostra foi um fator limitante no estudo, o qual se obteve uma participação de profissionais de saúde menor que 1/3 da população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LEL. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21349

2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC número 36, de 25 de Julho de 2013. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

3. Siman AG, Brito MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37(esp.): 1-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271

4. Silva JA, Pinto FCM. Avaliando o Impacto da Estratégia de Segurança do Paciente Implantada em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sob a Perspectiva da Dimensão da Atenção à Saúde. Revista de Administração em Saúde. 2017; 17(66). DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.66.10

5. Araújo J.S, Nascimento HM, Farre AGMC, Brito RO, Santos JPA, et al. Conhecimento Dos Enfermeiros Sobre Evento Adverso e os Desafios para a sua Notificação. Revista Cogitare enfermagem. 2016;.21(4): 1-8. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404

6. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação de riscos a práticas baseadas em evidências. Escola Anna Nery. 2014;18(1):122-129. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018

7. Rosa RT, Gehlen MH, Ilha S, Pereira FW, Cassola T, et al. Segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem: percepções dos enfermeiros. Ciência e Enfermaria. 2015; 21(3):37-47. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300004

8. Rodrigues TP, Bezerra ALQ, Boaventura RP, Teixeira CC, Paranaguá TTB. Ocorrência de Eventos Adversos em Unidade de Hemodinâmica. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13(1):86-95. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235853p86-95-2019

9. Paranaguá TTB, Braga QP, Bezerra ALQ, Bauer de Carmago e Silva AE, Azevedo Filho FM. et al. Incidentes: Instrumento de Gerenciamento da Assistência para a Segurança do Paciente em Pronto Socorro. Enfermería global. 2014; 13(34): 219-231. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es &nrm=iso&tlng=pt

10. Rezende MRM, Ercole FF, Matos SS, Donoso MTV. Protocolo de Manchester em pronto atendimento de hospital escola. Revista Rene. 2016; 17(6): 843-849. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600016

11. Sousa PR, Muricy MS, Simeão EP, Lima ES, Braga BC. Gestão do Fluxo de Pacientes em Internações Relacionadas a Atendimento de Emergência: Aplicação da Metodologia Kanban. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2017; 14(1):1-18. DOI: https://doi.org/10.21450/rahis.v14i1

12. Alves CD, Coimbra MN. Um projeto transversal de leitura: concretização e contributos. Indagatio Didactica. 2017; 9 (3): 99-112. DOI: https://doi.org/10.34624/id.v9i3.625

13. Taquette SR. Ensino e Pesquisa do Método Qualitativo de Pesquisa: Revisão Bibliográfica. Atas CIAQ2019. 2019; 2:1675-1684. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2399

14. Pereira MD, Souza DF, Ferraz F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: revisão integrativa de literatura. Revista Inova Saúde. 2014; 3(2):55-87. Disponível em: http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746

15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res046 6_12_12_2012.html

16. Nunes JV, Woloszyn M, Gonçalves BS, Pinto MDS. A pesquisa qualitativa apoiada por softwares de análise de dados: uma investigação a partir de exemplos. Revista Fronteiras – estudos midiáticos. 2017. 19(2):233-244. DOI: https://doi.org/10.4013/fem.2017.192.08

17. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2019; 25(1):7-13. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019

18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(4):547-599. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014

19. Gans RS. Qualidade de Vida no Trabalho e Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2020. Disponível em: http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/3150

20. Gomes MV. Conhecimento de graduandos de enfermagem sobre as seis metas internacionais de segurança do paciente. Monografia (Graduação). Centro Universitário de Brasília. 2019. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13583

21. Grande RS, Mendes HS. Impactos da acreditação hospitalar pela Joint Commission International em um hospital brasileiro. Revista Espacios. 2015; 36(20):1-10. Disponível em: http://www.revistaespacios.com/a15v36n20/15362010.html

22. Sá ACMGN, Ferreira ERO, Xavier JC, Alves CM. Contribuições da Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2018; 22(1):87-94. DOI: https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.01.12

23. Castro NRS. Segurança do Paciente como Dimensão da Qualidade do Cuidado em Enfermagem. Monografia (Graduação) - Centro Universitário de Brasília. 2019. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13605

24. Fonseca MJM, Lisboa FL, Rauédys LMM. A Correlação entre os Indicadores Assistenciais Encontrados na Literatura com a Segurança do Paciente: Revisão Integrativa. Textura. 2019; 13(21):114-132. DOI: https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p114-132

25. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Revista Latino-Am Enfermagem. 2015; 23(1):36-43. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522

26. Cruz EDA, Rocha DJM, Maurício AB, Ulbrich FS, Batista J, et al. Cultura de Segurança entre Profissionais de Saúde em Hospital de Ensino. Revista Cogitare enfermagem. 2015; 23(1):1-9. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717

27. Silva RR, Magalhães DCS. A utilização da ferramenta de “Notificação de Ocorrências” como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente. Revista Pró-Universsus. 2018; 9(1):17-24. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1273

28. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, et al. Qualidade de vida de profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. Revista Cuidarte. 2018; 09(2):2177-2186. DOI: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.506

29. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2018; 8(e2600):1-8. DOI: https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600

30. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(3):1-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016

31. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas Contribuições para o Controle das Infecções Hospitalares. Revista Universitas: Ciências da Saúde. 2017; 14(2): 153-166. DOI: https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810

32. Lima JL, Siman AG, Amaro MOF, Santos FBO. A Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente: Almejando um Cuidado Seguro. Rev Norte Mineira de enferm. 2019; 8(2):73-81. Disponível em: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2261 /2352

CAPÍTULO 2

AUDITORIA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 14/07/2021

Rosane da Silva Santana
Universidade Federal do Ceará - UFC, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0601-8223

Mayara Cristina Teófilo Vieira Santos Cavalcante Belchior
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional - FATESP, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3964597262171314

Aline Sousa da Luz
Universidade Candido Mendes, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5022-5350

Benilda Silva Rodrigues
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-1849-7329

Vivian Oliveira da Silva Nascimento
Faculdade Maurício de Nassau – UNINASSAU, Brasil
http://lattes.cnpq.br/1086206207207427

Berival Lopes de Moraes Filho
Estácio de Macapá – Seama, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3287187962995594

Maria Almira Bulcão Loureiro
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3234-2833

Silvana do Espirito Santo de Castro Mendes
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5723-5941

Daniel Campelo Rodrigues
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-2067-6692

Livia Cristina Frias da Silva Menezes
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5910-5518

Nivia Cristiane Ferreira Brandão Soares
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-9284-6393

Anny Selma Freire Machado Santos
Faculdade Integral Diferencial – FACID, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3423-3139

RESUMO: Introdução: Em virtude da globalização, transformação da economia e avanços científicos e tecnológicos, a busca pela qualidade atingiu o comportamento do consumidor e das instituições de saúde para obter atualizações constantes com credibilidade em seus serviços, demandas de novas ferramentas gerenciais, e técnicas inovadoras capazes de converter ideais. **Objetivo:** Conhecer as ações da auditoria de enfermagem na gestão de qualidade nos serviços de saúde. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foram utilizados 12 estudos publicados entre 2012 a 2019, retirados das bases da Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs). Foram incluídos, artigos publicados

nos períodos de janeiro de 2012 a dezembro de 2019 em português, artigos disponíveis na integra e excluídos, monografias, dissertações e teses E para a análise de dados, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados e fazendo-se o uso do sistema de categorização dos mesmos. **Resultados:** A Auditoria de Enfermagem é um processo que na gestão de qualidade possui sua importância, porque é um sistema que contribui para avaliação e fiscalização de vários aspectos para a efetividade do controle, segurança dos serviços, informações e integridade. **Conclusão:** É considerada uma ferramenta de gestão de extrema importância dentro das instituições de saúde e que as anotações de enfermagem são essenciais para a realização do seu processo, que ao longo dos anos, está avançando para novas extensões e revelando seu reconhecimento nas instituições de serviços hospitalares e operadoras de planos de saúde.
PALAVRAS - CHAVE: Auditoria de enfermagem; Enfermagem; Gestão de qualidade.

NURSING AUDIT IN QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Introduction: Due to globalization, economic transformation and scientific and technological advances, the search for quality has reached the behavior of consumers and health institutions to obtain constant updates with credibility in their services, demands for new management tools, and capable innovative techniques to convert ideals. **Objective:** Knowing the actions of nursing auditing in quality management in health services**. Methodology:** This is an integrative literature review. Twelve studies published between 2012 and 2019 were used, taken from the bases of the Virtual Health Library/BIREME (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACs). Articles published from January 2012 to December 2019 in Portuguese, articles available in full and excluded, monographs, dissertations and theses were included. For data analysis, content analysis of the selected articles was performed. if the use of their categorization system. **Results:** The Nursing Audit is a process that has its importance in quality management, because it is a system that contributes to the assessment and inspection of various aspects for the effectiveness of control, security of services, information and integrity. **Conclusion:** It is considered an extremely important management tool within health institutions and that nursing notes are essential for carrying out its process, which over the years has been advancing to new extensions and revealing its recognition in service institutions hospitals and health plan operators.
KEYWORDS: Nursing audit; Nursing; Quality management.

1 | INTRODUÇÃO

Em virtude da globalização, transformação da economia e avanços científicos e tecnológicos, a busca pela qualidade atingiu o comportamento do consumidor e das instituições de saúde para obter atualizações constantes com credibilidade em seus serviços, demandas de novas ferramentas gerenciais, e técnicas inovadoras capazes de converter ideais (SAVASSI, 2012).

No campo da saúde, a qualidade tornou-se importante, pois é debatida como um agrupamento de características essências para a permanência das organizações em um

mercado demasiadamente competitivo, que envolve estabelecer uma mobilização da organização em geral com objetivos no planejamento e gerência estratégica, pois cada dia que passa, a população está mais exigente em relação a saúde (CARMO, 2012).

A qualidade pode ser entendida como um processo movimentado e complexo que possui uma busca pela melhoria de forma contínua e de atividade permanente para a identificação de prováveis defeitos nos procedimentos e rotinas, que devem ser constantemente revistos e atualizados (LOUREIRO et al., 2018).

Por sua vez, a qualidade da assistência é um processo complicado, uma vez que sua função é sempre atender as necessidades do paciente pelo meio da satisfação do serviço prestado, e de identificar frequentemente os fatores sujeitos a melhoria do trabalho da equipe de enfermagem, dado que esta, precisa de atualização e avaliação constantes para manter o alto nível de qualidade e passar segurança aos pacientes. Somado a isso, é necessário do enfermeiro a introdução de ações que avalie de forma organizada os níveis de qualidade dos cuidados prestados de acordo com o quadro clínico do paciente (SILVA, et al., 2013).

Para a prestação da assistência de enfermagem aos pacientes, é necessário o registro de todos os cuidados para no prontuário do paciente. O prontuário é um documento legal, sigiloso e essencial, devido ao fato de conter as informações mais relevantes referentes ao cuidado do paciente, visto que os registros coletados pelos profissionais de enfermagem que ajudam no planejamento da assistência, na comunicação da equipe multiprofissional, além de contribuir para melhoria da qualidade por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na tomada de decisões clínicas (SILVA, et al., 2012).

No Brasil, a Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, em seu artigo 6º, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), a qual estabelece a competência de acompanhar, fiscalizar, controlar e fazer avaliação financeira, contábil e patrimonial das ações e serviços de saúde (MARQUES; LIMA, 2017).

Para obter a qualidade da assistência, a auditoria de enfermagem é uma ferramenta necessária para avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem baseando-se em uma análise das anotações dos prontuários dos pacientes e na coopera**ção** da avaliação dos processos de trabalho e das contas hospitalares (VAL; ALMEIDA; SILVA, 2018).

O enfermeiro à frente da auditoria tem a ação de coordenar técnicas de enfermagem, na qual age na organização do espaço terapêutico, na distribuição dos cuidados ao paciente executada pela equipe, além da responsabilidade pelos treinamentos das equipes de enfermagem e na aplicação de instrumentos de gestão (SEGATELI; CASTANHEIRO, 2015).

Quanto à finalidade, a auditoria de enfermagem é utilizada para promover os cuidados e a qualidade assistencial prestado ao paciente, e visa a verificação e controle dos custos para adequar as instituições, afim de atender as exigências do cliente (BAZZANELA;

SLOB, 2013).

A Auditoria de Enfermagem é um processo que na gestão de qualidade possui sua importância, porque é um sistema que contribui para avaliação e fiscalização de vários aspectos para a efetividade do controle, segurança dos serviços, informações e integridade (SIQUEIRA, 2014). É uma área que está em crescimento no mercado e no cotidiano de várias instituições para alcançar a qualidade exigida, com intenção de obter resultados excelentes. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer as ações da auditoria de enfermagem na gestão de qualidade nos serviços de saúde.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, metodologia esta, que reúne diversos estudos desenvolvidos com diferentes mecanismos, que contribui para uma compreensão completa do tema a ser estudado. Possibilita resumir resultados sem ferir a relação filosófica do conhecimento dos estudos (SOARES et al., 2014).

O estudo apresentou como questão norteadora: Qual o papel da auditoria de enfermagem na gestão de qualidade nos serviços de saúde?

A pesquisa foi realizada durante os meses de janeiro a junho de 2020 utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google Acadêmico. Para a busca dos artigos, utilizou-se os descritores: enfermagem, auditoria de enfermagem e gestão de qualidade. Definiram-se como critérios de inclusão estudos publicados nos períodos de janeiro de 2012 a dezembro de 2019 em português, artigos disponíveis na integra e de exclusão, monografias, dissertações e teses.

Foram identificados 42 artigos pelos descritores, mas apenas 12 fizeram parte da seleção. Após a seleção dos estudos, realizou-se a leitura de todos os artigos na íntegra; a seguir, foi elaborado um quadro contendo número para identificação do artigo, título do artigo, autores, ano de publicação, periódico e base de dados. E, para a análise de dados, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados e fazendo-se o uso do sistema de categorização dos mesmos.

A análise de conteúdo para Bardin (2011), é uma metodologia de pesquisa que possui várias técnicas que buscam descrever e entender o conteúdo de textos. No aspecto da análise de conteúdo, as categorias são vistas como classes que possuem elementos com características em comum.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído por uma amostra variada composta de 12 artigos. Os dados foram organizados em um quadro e discutidos em 2 categorias analíticas: A Importância das Anotações de Enfermagem e Auditoria de Enfermagem na Gestão de Qualidade nos

Serviços de Saúde.

N	TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO	BASE DE DADOS
1	Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária	Savassi	2012	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	BVS
2	Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário	Borsato et al.	2012	Revista Eletrônica de Enfermagem	BVS
3	Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos	Silva, et al.	2012	Revista Brasileira de Enfermagem	Scielo
4	Auditoria em Registros de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura	Claudino et al.	2013	Revista Enfermagem UERJ	Google Acadêmico
5	Qualidade da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Escola	Silva et al.	2013	Revista Gaúcha de Enfermagem	Lilacs
6	Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no Pronto Atendimento de um Hospital Escola	Seignemartin et al.	2013	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Google Acadêmico
7	O papel do enfermeiro na auditoria hospitalar	Bandeira et al.	2015	Revista Brasileira de Educação e Saúde	Google Acadêmico
8	Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: Um relato de experiência	Viana et al.	2016	Texto & Contexto Enfermagem	Scielo
9	Importância das Anotações de Enfermagem Segundo a Equipe de Enfermagem: Implicações Profissionais e Institucionais	Borges et al.	2017	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	BVS
10	Glosas em contas hospitalares: Um desafio à gestão	Rodrigues et al.	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Scielo
11	Como a auditoria de enfermagem pode influenciar na qualidade assistencial	Loureiro et al.	2018	Revista Práxis	Google Acadêmico
12	Auditoria de Enfermagem: Fragilidades e Potencialidades para Melhoria da Qualidade da Assistência em Saúde	Val; Almeida; Silva	2018	Científica Multidisciplinary Jounal	Google Acadêmico

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo título, autor, ano, periódico e base de dados. (2012 a 2019). Teresina, 2020.

Fonte: Os autores

De acordo com os dados expostos no quadro 1, verificou-se predomínio de publicações no periódico Revista Brasileira de Enfermagem (Reben). Em relação a base de dados, a maioria das publicações forma encontradas no Google Acadêmico, com 5 (42%), ScIELO, com 3 (25%), BVS, com 3 (25%) e LILACs, com 1 (8%).

No que se refere ao ano de publicação, verificou-se que a maior quantidade de publicações, concentrou-se o ano de 2012, 2013 e 2018 com 3 amostra cada, seguido por 2015, 2016 e 2017, com 1 amostra cada.

3.1 A Importância das anotações de enfermagem

As anotações da equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes é de grande importância, visto que compõe informações diárias que retrata a forma que esses atendimentos estão sendo prestados desde a entrada até a alta hospitalar, estabelecendo um indicativo relevante na avaliação da qualidade do cuidado para a auditoria de enfermagem (BORSATO et al., 2012).

Com finalidade no fornecimento da assistência, a informação é um quesito básico, pois os registros clínicos é o principal meio de diálogo entre os membros da equipe multiprofissional de saúde onde auxilia na tomada de decisões, planejamento e continuação da assistência prestada ao paciente. Deste modo, além de serem ferramentas assistenciais a qual asseguram o seguimento do cuidado, as anotações de enfermagem atuam como um reforço administrativo para os serviços de faturamento, uma vez que todos os procedimentos realizados e as condutas executadas criam gastos para a instituição de saúde (CLAUDINO et al., 2013).

No entanto, feitas de forma incompreensíveis, incoerentes e incompletas, as anotações de enfermagem afetam na auditoria, dificultando avaliar a qualidade do atendimento e na fiscalização dos custos, gerando possíveis glosas, entendidas estas, como o cancelamento parcial ou total do pagamento da fatura da conta hospitalar de alguns itens que o auditor da operadora julga ser uma cobrança inadequada (RODRIGUES et al., 2018).

As ocorrências que resultam em uma influência negativa na transferência financeira e que contém maior número de glosas relacionadas que são apuradas por meio da auditoria, baseiam-se na falta do uso do carimbo e assinatura do profissional que efetivou a assistência no paciente, escrita ilegível, presença de rasuras, e na ausência da checagem de medicamentos, materiais e procedimentos que são realizados com muita frequência como curativos, acessos venosos e sondas (BORGES et al., 2017).

É importante ressaltar, que o prontuário é um documento legal onde não é permitido ter erros e dificuldade na compreensão dos dados, pois facilita na descontinuação da comunicação com a equipe multiprofissional, contribuindo com falhas na assistência ao paciente e em caso de processos judiciais, prejudica na defesa do profissional e da instituição (CLAUDINO et al., 2013).

Na resolução n° 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é estabelecido que é dever do enfermeiro fazer os registros no prontuário e em outros documentos as informações fundamentais sobre o cuidado ao paciente de forma objetiva, clara, legível, cronológica, sem rasuras e completas, fornecer dados escritos e/ou verbais, confiáveis, necessárias à comunidade da assistência e segurança do paciente. Evidencia-se ainda na resolução em destaque, que é preciso documentar categoricamente as etapas do processo de enfermagem (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Diante disso, a construção de ferramentas eficientes que auxiliam no controle de qualidade das anotações de enfermagem é necessária. Uma delas, é a aplicação de um checklist onde neste, contenha todos os itens classificados significativos para a avaliação contribuindo na realização da auditoria em qualquer ambiente de saúde. Sendo assim, é uma forma de avaliar de maneira organizada a assistência de enfermagem por meio dos registros no prontuário, no suporte as ações da equipe e nas condutas da rotina na prática (VIANA et al., 2016).

3.2 Auditoria de enfermagem na gestão de qualidade nos serviços de saúde

Coordenar a qualidade em instituições de saúde é um intenso desafio, dado que a todo o momento, é preciso fazer uma restruturação para acrescentar novos conceitos e romper modelos da assistência, que muda o costume da organização para obter foco na promoção da saúde e uma melhor qualidade no atendimento. Neste contexto, a equipe de enfermagem possui essa tarefa frequente de garantir a qualidade assistencial de forma segura e eficiente de acordo com as necessidades e exigências dos clientes (SAVASSI, 2012; SILVA et al., 2013).

Nesse raciocínio, com o intuito de atingir um alto padrão de qualidade e exceder as expectativas dos clientes, é preciso que as instituições de serviços de saúde tenham equilíbrio econômico-financeiro de suas operações. Logo, para que tal objetivo seja alcançado sendo ele para reduzir perdas, ou para a melhoria da qualidade no atendimento, o enfermeiro que atua na auditoria e na assistência, possui uma função essencial (BANDEIRA et al., 2015).

A auditoria de enfermagem é um instrumento de gestão eficiente que contribui no desenvolvimento da qualidade da assistência, através de uma análise assistencial que direciona uma forma melhor de cuidado ao paciente, possuindo o objetivo de melhoria da qualidade da assistência da enfermagem que as instituições de saúde oferecem aos clientes, mantendo o vínculo entre a enfermagem e o setor administrativo. Desta forma, sua finalidade é de orientar, disciplinar, normatizar, racionalizar e identificar as falhas presentes nos registros hospitalares, no qual interfere nas glosas desnecessárias (RODRIGUES et al., 2018; VAL; ALMEIDA; SILVA, 2018).

É preciso ressaltar a importância da auditoria de enfermagem, pois surge a partir de problemas ocorridos nos setores considerados mais importantes como unidade de terapia intensiva, semi-intensivas e centro cirúrgico e, contribui na execução, avaliação

dos resultados e planejamento das ações de saúde. Para o enfermeiro, é fundamental que o seu olhar crítico sobre a assistência prestada seja desenvolvida, executando uma análise na qual compara os vários modelos de assistência oferecido entre seus prestadores que possui características de serviços semelhantes, tendo o fundamento sobre contratos acertados entre as instituições que auditam ou são auditadas, fortalecendo a auditoria de enfermagem (SILVA, et al., 2012).

Vale evidenciar, que o enfermeiro auditor precisa ter responsabilidade pela coordenação das atividades gerenciais e liderança, utilização das ferramentas de gestão, treinamentos com as equipes, compromisso, competência técnica-científica, comportamento técnico e ético, discrição e sigilo, sempre obedecendo os padrões e normas técnicas da auditoria (BANDEIRA et al., 2015).

A auditoria de enfermagem, ao longo dos anos está avançando para novas proporções e revelando sua importância nas instituições de serviços hospitalares e operadoras de planos de saúde, o mercado hospitalar possui uma alta exigência em busca de qualidade. Portanto, a execução da auditoria de enfermagem favorece tanto os clientes que possuirão uma assistência de alta qualidade por meio dos serviços oferecidos com mais êxito, quanto a equipe multiprofissional que irão analisar suas ações desempenhadas e executar os resultados para obter o incentivo na reflexão profissional. E a instituição que adquire uma contribuição significativa por certificar a conquista dos objetivos (LOUREIRO et al., 2018).

4 | CONCLUSÃO

De acordo com os estudos analisados, constatou-se que a auditoria de enfermagem é uma ferramenta de gestão de extrema importância dentro das instituições de saúde e que as anotações de enfermagem são essenciais para a realização do seu processo. Para permanecerem no mercado competitivo as instituições de saúde tem por obrigação de investir na auditoria com a função de garantir a qualidade da assistência efetuada e a redução de gastos.

A auditoria de enfermagem, ao longo dos anos está avançando para novas extensões e revelando seu reconhecimento nas instituições de serviços hospitalares e operadoras de planos de saúde. Espera-se que este estudo possa contribuir para estimular maior reflexão dos profissionais de enfermagem, quanto a importância da qualidade de seus registros e no desenvolvimento de suas ações de busca a qualidade da assistência sendo um objetivo principal.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, R. P. et al. O papel do enfermeiro na auditoria hospitalar. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 11-16, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAZZANELLA, N. A. L. SLOB, E. A auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 50-65, 2013.

BORGES, F. F. D. et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

BORSATO, F. G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 610-7, 2012.

CLAUDINO, H. G. et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 397-402, 2013.

LOUREIRO, L. H. et al. Como a auditoria de enfermagem pode influenciar na qualidade assistencial**. Revista Práxis**, v. 10, n. 19, 2018.

MARQUES, J. E. O; DE LIMA, C. B. **Participação do fisioterapeuta na auditoria em saúde.** 2017.

RODRIGUES, J. A. R. M. et al. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 71, n. 5, p. 2511-2518, 2018.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SEGATELI, T. N. CASTANHEIRA, N. A Atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 7, n. 4, p. 43-56, 2016.**

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-582, 2012.

SILVA, M. V. S. et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 65, n. 3, p. 535-538, 2012.

SILVA, R. B. et al. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 114-120, 2013.

SIQUEIRA, P. L. F. Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor. **Caderno saúde e desenvolvimento**, v. 4, n. 3, p. 5-19, 2014.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm**. USP, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

VAL, L. F.; ALMEIDA, P. S. C.; SILVA, G. P. Auditoria de enfermagem: fragilidades e potencialidades para melhoria da qualidade da assistência em saúde. **Revista Científica**. v. 5, n. 3, p. 15-25. 2018.

VIANA, C. D. et al. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto - Enferm**. v. 25, n. 1, e3250014, 2016.

CAPÍTULO 3

MAIN OBSTACLES IN IMPLEMENTATION OF PROTOCOL OF SURGERY SAFE IN HOSPITAL UNITS

Data de aceite: 20/08/2021

Hellen Keila Brambilla Machado
Universidade Nove de Julho São Paulo-SP

Rodrigo Marques da Silva
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO
http://lattes.cnpq.br/6469518473430107

Linconl Agudo Oliveira Benito
Centro Universitário de Brasília. Brasília-DF.
http://lattes.cnpq.br/7780343507481308

Amanda Cabral dos Santos
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Departamento de Enfermagem. Valparaíso de Goiás- Goiás.
http://lattes.cnpq.br/3800336696574536

Arianne Ferreira Vieira
Governo do Distrito Federal. Brasília-DF.
http://lattes.cnpq.br/6313199017237936

Adão Gomes de Souza
Centro Universitário UniGoyazes. Trindade-GO
http://lattes.cnpq.br/0289271742877433

Alberto César da Silva Lopes
Conselho Regional de Enfermagem Brasília-DF
Centro Universitário IESB Oeste. Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/2661219255450747

Leila Batista Ribeiro
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília-DF.
http://lattes.cnpq.br/6643277716864528

Kerlen Castilho Saab
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO.
http://lattes.cnpq.br/9330230939293995

Osmar Pereira dos Santos
Centro Universitário UniGoyazes. Trindade-GO.
http://lattes.cnpq.br/0535499985958917

RESUMO: Objetivo: avaliar os principais obstáculos na implantação do protocolo de cirurgia segura em unidades hospitalares segundo a literatura científica. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica onde utilizou-se as bases de dados da SCIELO e LILACS, com artigos no período de 2008 a 2016, na língua portuguesa. **Resultados:** A busca resultou em 151 artigos, foram selecionados 8 artigos. Observou-se que os maiores obstáculos para sua implantação é a cultura de segurança que não está enraizada nas instituições e na formação profissional, necessitando-se que a mesma tenha o compromisso de capacitar a equipe cirúrgica e adequar o checklist às suas necessidades. Ademais, persiste a inobservância da legislação, apresentam-se checklists em branco ou de forma inconsistente, com omissões em várias etapas críticas, seja por resistência ou por dificuldade na comunicação. **Conclusão**: necessita-se de motivação e reorientação profissional, bem como reflexão sobre a importância dessa prática para a segurança do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Cirurgia, Checklist, Segurança do Paciente.

ABSTRACT: **Objective:** to evaluate the main guidelines for the implementation of the safe surgery protocol in hospital units according to the scientific literature. **Method:** This is a bibliographic review where it is used as databases of SCIELO and LILACS, with articles from 2008 to 2016, in Portuguese. **Results:** The search resulted in 151 articles, 8 articles were selected. It was observed that the biggest arrangements for its implementation is the safety culture that is not rooted in institutions and professional training, requiring that it be committed to training the surgical team and adequate the checklist to their needs. In addition, non-compliance with the legislation persists, blank or inconsistent checklists are presented, with omissions in several critical stages, either due to resistance or difficulties in communication. **Conclusion:** motivation and professional reorientation are needed, as well as reflection on the importance of this practice for patient safety.
KEYWORDS: Surgery, Checklist, Patient Safety.

INTRODUCTION

The restlessness with patient safety has existed since antiquity, the conception of not causing harm arises with Hippocrates. At this time, there was already an understanding that in the practice of health care can imply errors on the part of those who exercise it.[1]

Error is part of the human condition and the more complicated a process, or action, the greater the risk of errors and adverse events. However, in health, not every error ends up in an adverse event, because incidents, such as a mistake or failure, may or may not cause harm to patients. Unlike error, the adverse event is an injury caused during care, an unexpected complication that negatively affects the patient, his family, society and organizations. Therefore, it is essential to distinguish the subtle connection between error and adverse event, because errors can be avoided through prevention measures. On the other hand, the adverse event occurs due to lack of structure, precarious working conditions, lack of medication, lack of financial resources for treatment, professionals without appropriate training, among other factors.[2,3]

In this context, the World Health Organization (WHO) defined patient safety as reducing the risk of unnecessary damage related to health care to the minimum acceptable. In order to know the problem, the WHO mobilized the scientific community in order to promote the quality of health care through indicators, allowing the evaluation and measurement of critical points of health care and aiming to minimize the occurrence of failures. According to the pact, complementary actions were established to achieve patient safety, including: preventing adverse events from happening, but, if they occur, make them viable and promote effective interventions to minimize their effects[2,4].

Worldwide, more than 234 million surgeries are estimated worldwide, of which 2 million result in deaths and 7 million involve complications from these surgical procedures. However, 50% of these occurrences are preventable. A study conducted in a large North American hospital showed that 5.4% of patients undergoing a surgical procedure had

complications, and half of these complications are due to error. These data reveal the importance of safety in the care of surgical patients for public health. In Brazil, a study found an incidence of 3.5% of adverse events in surgeries, and 68.3% of this percentage could be avoided.[1,5,6]

In 2007 to 2008, who, together with Harvard University, created and implemented the "Safe Surgeries Save Lives" program to reduce morbidity and mortality caused by surgical interventions. Among the standards, the use of the surgical safety checklist in health facilities was established.[2] In Brazil, through Ordinance No. 529 of April 1, 2013, the Ministry of Health (MS) institutes the "National Program for Patient Safety" (PNSP) and proposes a set of actions to reduce and prevent adverse events in health services. Linked to the Ministry of Health, the National Health Surveillance Agency (ANVISA) publishes Collegiate Board Resolution (RCD) no. 36 establishing that in each health institution the "Patient Safety Protocol" is implemented through the systematic use of the checklist in every surgical procedure.[3,7,8]

Surgical procedures were improved over the years, consequently, there was an increase in the number of surgeries, which increased the possibility of adverse events in surgical care, resulting in irreversible lesions or even the death of the patient. Such errors are produced by different factors, including performing the procedure in the wrong place or in the wrong patient, forgetting the foreign body in the patient, material malfunctioning or improperly sterilized, or by human failures.[1,3] Thus, the safe surgery protocol emerges as a tool to establish conducts to be implemented in order to reduce risks to the patient and promote their safety in performing surgical procedures. However, there are obstacles to the implementation of the main tool, i.e. the checklist for safe surgery. Among them are: difficulties in filling incomplete for its total execution; the acceptance of the professionals involved, either by their culture, by resistance, by the time employed or by the lack of knowledge[1,3].

In this sense, it is emphasized the need to train professionals on the importance of the protocol, as well as investments in the security culture of institutions. It is not enough just to establish a protocol, it is necessary to establish a process of identification and continuous involvement in the search for good practices in care for patient safety.[2,3] Based on this, it is understood that the identification of the obstacles faced in the implementation of the surgery protocol may contribute to training actions of professionals based on those most frequent difficulties, thus providing better care practices and greater patient safety. In this sense, the aim of the study was to evaluate the main obstacles in the implementation of the safe surgery protocol in hospital units according to the scientific literature.

METHOD

This is a narrative review of the literature, characterized as a method of describing the state of the art of a specific subject, from the theoretical and conceptual point of view. It also involves the analysis and interpretation of literature published in books, printed and/or electronic journal articles.[9]

In January 2016, data were collected in the database, SCIELO - Scientific Electronic Library Online and in the lilacs virtual library - Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences. The search was performed with the descriptors: Surgery AND Checklist AND Patient Safety. Articles written in Portuguese, available online and in full as well as those published in the last eight years (2008-2016) were included. This time frame was chosen due to the emergence of the implementation of the Safe Surgery protocol in 2008.

After the initial reading of the titles and abstracts of the materials found, selected those that met the eligibility criteria. Subsequently, the pre-selected articles were read in full, being evaluated again for these criteria. After the selection of the final sample, the following variables were extracted for analysis and construction of this review: Year of publication, Publication Journal, Webqualis, Objective, Methodology, Results and Conclusion.

The variables: Objective, Methodology, Results and Conclusion received thematic analysis and the other variables were analyzed by means of absolute (n) and relative frequency (%) and the other variables.

RESULTS AND DISCUSSION

The bibliographic search resulted in 151 articles. It was found that 139 articles did not correspond to the year and national language, leaving only 12 articles. After the analysis, 4 articles were excluded because they did not contain the proposed theme and, therefore, 8 articles were selected.

The checklist was elaborated based on clinical evidence, its items address relevant and routine steps to surgical practice, thus allowing its execution with simplicity and practicality, ensuring safe care.[10] However, the eight selected articles demonstrated that the professionals of the operating room, apply the checklist inconsistently, thus revealing lack of adherence in various processes [1,3,4,6,11,12,13,14].

The research to analyze the filling showed that less than 80% of the surgical sites were demarcated, preanesthetic evaluation was performed in 88%, fasting was confirmed in 96.1% of the cases. There was also a deficiency to risk blood loss, of which the reserve was made in 51.8% of the procedures. Allergy conference in 94%, and 89.5% were performed by nursing and antimicrobial prophylaxis was verified in 85.2% of the procedures[13].

Corroborating the study above, another study presented flaws in filling out, they are: surgical site demarcation; critical events of anesthesia; anesthetic safety check; critical

events of the surgeon; problems with equipment; imaging examinations. Some of these items represent a higher risk of life, among them the confirmation of allergies obtained completion above 90%.[6]

In the study on surgical patient safety, the one with the highest verification rate was the demarcation of the surgical site with 99% of the procedures, but prediction of critical events 57.9% and antibiotic prophylaxis 52.9%. The duration and loss of blood was confirmed in 36.1% of the procedures, the confirmation of the sterility of the material 89.1% performed by nursing.[12]

In the last stage of verification of the study above, the nurse verbally performed: the recount of material and needles (77.9%) and recounting of gases and compresses only (18.4%), but in 11% did not perform the recount of materials and needles and, in 69.7%, they did not recount the gases and compresses[12]. Another deficiency presented is the communication of the teams, found failures or even absence in the transfer of information among professionals, especially the oral sharing of this information, as well as the presentation of the team and their respective functions.[1,3,4,11,12,13,14]

The research conducted in two hospitals showed that only 3.5% of the surgeries performed had a complete checklist and verified their existence in 60.8% of the surgeries.[6] According to the research, institutions that promote the training of teams demystify existing cultural barriers, consequently reduces the number of blank checklist and improves the quality of the filling, once it knows the objectives of this tool.[1,3,4,6] Regarding the quality of the filling, nursing professionals have greater knowledge about the use of the checklist, with 97.6% presenting signatures of nurses, 42.3% of the anesthesiologist and only 21.2% of surgeons.[1,6,12,14]

Obstacles to Checklist deployment

It is understood that, in urgent and emergency surgeries, intervening promptly and quickly ensures effective care, in these cases, the marking of the surgical site will not be necessary, but the surgeon should write it down in medical records later. However, it does not undo the checklist. Research shows that not all professionals agree that the “time out” is applied in emergency situations, because they claim that time is precious in these cases, and to experience this situation the professional needs a lot of self-control, agility and experience, to deal with the risk of death, so some professionals blame it after the beginning of surgery.[21]

The main barrier to professional practice in the operating room is undoubtedly dealing with interpersonal relationships, since in this environment there are professionals of various specialties and academic levels. It is evident that harmonic environments with excellent communication bring benefits to the patient and better the quality of the service provided.[24]

Research shows that the medical team criticizes the implementation and application of the checklist because it is standardized for all surgeries, that is, the same procedure for

all types of surgery, whether small or large. However the WHO authorizes its adaptation to the local reality, each safety item is based on evidence-based practices and the opinion of specialists and correspond to a normal flow of a surgery, even in the simplest one entails several risks and can cause adverse events to the patient[19,21,24].

In addition, the cooperation of physicians to answer the questions raised is essential to ensure the agility and efficiency of the check. The commitment of the team, and the effective interdisciplinary communication promotes the success of the procedure and the achievement of the goal of patient safety, even in the simplest surgeries even those involving various risks.[22,23] In a research on safety culture, it was demonstrated the appreciation of the work of nurses by the surgical center team, which provides the construction of a positive environment, resulting from respectful relationships, amplifying trust and teamwork, in turn entails greater productivity favoring good practices for patient safety.[25]

Establishing a safety culture in the institution means overcome obstacles and develop a cooperative and respectful work environment, where all health or administrative professionals work for the same objective: to ensure patient safety and to achieve quality of care. In addition to encouraging professionals to be responsible for their actions, proactive leadership strengthens understanding, and ensuring equity in the judgment of adverse events without using punitive measures when there is an occurrence.[2]

Correctly and completely note the occurrence of an adverse event provides the creation of an action plan to solve the event, however, when there is no annotation, it negatively implies the care offered to patients, compromising the measurement and analysis of the event. Underreporting is related to the professional's embarrassment to the criticism of co-workers and the fear of punishment of the institution; however, educational actions rather than punitive actions and the valorization of the professional's participation in strengthening the act of notifying, assists in the planning of strategies to prevent the occurrence of adverse events.[26]

DISCUSSION

The consolidation of the use of the checklist is to establish good practices, many of them certified for containing strong scientific evidence, it is not about the inclusion of new practices, but rather a look with greater attention to daily practices that are weakened. Thus, the checklist is an instrument of extreme relevance that aims to reduce risks and avoidable complications, besides ensuring that critical and common steps of the procedure are not omitted causing adverse events. It is worth reminding the professionals that the steps raised were established through scientific proof of their efficacy in reducing surgical complications with systematic use of the same.[3]

It is estimated that for the application of the checklist steps is spent on average three minutes, its implementation is low cost for institution, it is recommended that a

single professional perform the check, preferably a member with anesthetic and surgical knowledge, should have the authority to suspend the procedure when there is discrepancy of some step even if this suspension causes discomfort among professionals depending on their interpersonal relationships. It is known that the non-conformities of the checklist steps invalidate the entire process, since the omission or minor slips increase risk for adverse events to happen.[11,14] To implement the safe surgery protocol, it is essential to have changes in the safety culture so that the entire staff in the operating room understands its purpose and the benefits that its systematic use can provide for the people involved. The relevant aspect for implementation is the perception and attitudes of professionals, as they are fundamental to establish a new paradigm and establish a commitment to promote the safety culture, since this is the biggest obstacle to its success.[1]

The insertion of the checklist in the daily surgical routine is a new step to promote the safety culture. The success of its application depends on the collaboration of the patient and the professionals of all the specialties that make up the operating room. When there is teamwork, the members are not only mere executors of procedures, they better perceive the affective extent of the work.[14]

In the surgical scope there is a high hierarchical level, professionals with various specialties and training, which often hinders the communication of teams during the process consequently strengthening the propensity of adverse events. In turn, institutions that have the culture of security rooted in their daily life at the psychological distance of a higher education professional and the other of mid-level, thereis an improvement in interpersonal relationships, thus establishing more effective communications.[1,11]

Communication is essential for the proper progress of surgery and for the application of the checklist, however many professionals have difficulty verbalizing and sharing information in need of improvement. The review of the safety items of surgery, the sharing of information verbally, the knowledge of surgical and anesthetic risks makes the work less stressful, thus providing better care.[14]

We observed that the major filling failures were in the demarcation of the surgical site, risk of blood loss, antimicrobial prophylaxis and allergy conference. Anesthetic complications represent an increase in mortality rate before and during surgery and failure to demarcation the surgical site is responsible for procedures occurring in the wrong place. In the 3rd stage there were failures and omissions in the verbal count of instruments, needles and gauze.[6,12,13] Despite the benefits of the checklist, there are many obstacles to implementation, requiring investments in education to promote the quality of the filling, its complete fulfillment and the team's support. The factors associated with non-ading may be due to resistance, lack of knowledge, or the time spent, by the perception of professionals, which can be confirmed by the increase in the rate of membership in larger surgeries, justifying the concern for the probability that the risk will be higher thus influencing the membership.[6]

The lack of total or partial access of the checklist signals the need to promote

reorientation and motivation actions of the teams. The identification of the obstacles that effect its implementation, as well as elucidation and discussion of ethical and legal aspects that comprises professional practice. The steps verified are intended to prevent adverse events and ensure the safety of the surgical patient, remembering that this instrument can be reformulated to realign local practice, ensuring that all critical steps are followed correctly.[3,13]

The training proved to be an effective strategy for the adoption of the checklist, as evidenced by an institution that had its rates of completion high after training of the professionals involved on the importance of the checklist. Therefore, the adoption of the checklist cannot be imposed only by the institutions, it is necessary that professionals understand their objectives, because knowledge improves the quality of the filling. Amplify adherence to good practices, making feedback and constant monitoring are key to achieving excellence in care.[4]

We emphasize the need to monitor and measure the interventions in the organizations that performed the implementation of the Safe Surgery Protocol, because these data are still scarce in Brazil, although the indicators are of paramount importance to review the established practices and the benefits obtained, in addition to providing analysis of the quality of services provided.[3]

CONCLUSION

The professionals of the operating room suffer a strong emotional load performing procedures of great complexity, involving a team of professionals with different areas of activity working together. Added to this scenario, the hospital reality in Brazil presents great contrasts, structural, economic and social differences, where professionals from various health institutions work in precarious conditions, with a lack of materials, equipment, strenuous working hours among other factors that contribute to the occurrence of adverse events, increasing the statistics of death and disability in surgical care.

Based on this evidence and the magnitude of the patient safety problem, the MS recommends the implementation of the safe surgery protocol with the systematic use of the checklist, despite the confirmation of its efficacy in maintaining the safety of surgical patients, professionals have not yet become aware of its importance. Non-compliance with legislation persists, blank instruments or use inconsistently, with omissions in several critical stages.

It was observed that the biggest obstacles to its implementation is the safety culture that is not rooted in institutions and professional training, thus requiring it to be committed to training the surgical team, according to the checklist to the needs of the site. Amplifying educational actions can mitigate resistance in the support and strengthen professional commitment, since knowing the purpose provides the quality of the filling and consequently improves the communication of the team, since this is one of the factors of non-adaptation

and essential to surgical progress.

It is known the relevance of the checklist in providing the patient with safe surgical care and providing the basis for the indicators of the quality of care, but the results will only be obtained by introducing this tool to surgical practice. However, there is a long way to go so that the benefits of this tool are part of the daily surgery. For this, it is up to managers to train the team and encourage the use of the checklist and also provide means for health professionals to become aware and encourage good practices for surgical procedures, thus ensuring safe surgical care to the patient.

REFERENCES

1. Del Corona, ARP; Peniche, ACG. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirúrgia segura. Rev Sobecc. 2015 jul/set; 20(3): 179-85.

2. ANVISA. Agência de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão teórica Aplicada à Prática. 2013 [acesso em 2016 fev 23] Disponível em: http://20.anvisa.gov.br/segurançapaciente/index.php/publicacoes/item/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf.

3. Araújo, MPS; Oliveira, AC. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente? Rev Enferm Cent O Min. 2015 jan/abr; 5(1): 1542-51.

4. Elias, ACGP; Schmidt, DRC; Yonekura, CSI; Dias, AO; Ursi, ES; Silva, RPJ, et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. Rev Sobecc. 2015 jul/set; 20(3): 128-33.

5. REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para segurança do paciente. Manual para profissionais da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Edipucrs. 2013. [acesso em 2016 fev 23] Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf

6. Freitas, MR; Antunes, AG; Lopes, BNA; Fernandes, FC; Monte, LC; et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da Oms em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2014 jan; 30 (1).

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [acesso em 2016 fev 20] Disponível em: http: // bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013_html.

8. ANVISA. Agência de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 01/2013-GTICRSS/DTEPSST/AGEVISA. Esclarecimento acerca do programa nacional de segurança do paciente, criado e regulamentado respectivamente pela portaria 529/2013 do MS e RDC 36/2013/ANVISA.

9. Bernardo, WM; Nobre, MRC; Janete, FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes informação. Rev Ass Med Bras. 2004; 50(1): 104-08.

10. OPAN; Ministério da Saúde; ANVISA. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras Salvam vidas. Manual. 2009 [acesso em 2016 fev 23] Disponível em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/segurança_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf

11. Pacieri, AP; Santos, BP; Avila, A, MAG; Braga, EM. Checklist de cirurgia segura: Análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):71-8.

12. Manrique, BT; Soler, LM; Bonmati, NA; Montesinos, MJL; Roche, FP. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionada à infecção cirúrgica e a à hospitalização. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4);355-60.

13. Amaya, MR; Maziero, ACS; Grittem, L; Cruz, EDA. Análise do registro e conteúdo de checklist para cirurgia segura. Esc Anna Nery. 2015; 19(2): 246-51.

14. Pancieri, AP; Carvalho, R, Braga, EM. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experência. Rev Sobecc. São Paulo. 2014 jan/mar; 19(1): 23-33.

15. Capucho, HC; Cassiani, SHDB; Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev Saúde Pública. 2013; 47(4):791-8.

16. Alves, EAV. Segurança do paciente: do à prevenção do risco. Cad IberAmer Direito Sant. Brasilia. 2013 jul/dez; 2(2).

17. Anvisa. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [acesso em 2016 fev 23] disponível em: http:// bvs. saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2013/rdc0036_25_07_2013.html

18. Paiva, ACR; Araújo, BS; Carvalho, BR; Arantes, DC; Marinho, LM; Silva, MS; et al. Checklist de cirurgia segura: analise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. Rev enferm. 2015 mai/ago; 18(2):62-78.

19. Brasil. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Protocolo para cirurgia segura: Anexo 03. 2013. [acesso em 2016 fev 23] disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ protocolo para cirurgia segura.html

20. Monteiro, EL; Melo, CL; Amaral, TLM; Prado, PR. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. Rev Sobecc. São Paulo. 2014 abr/jun; 19(3):99-109.

21. Martins, GS; Carvalho, R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev Sobecc. São Paulo. 2014 jan/mar; 19(1):18-25.

22. Grigoleto, ARL; Gimenes, FRE; Avelar, MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev Eletr Enf.[on line] 2011 abr/jun; 13(2):347-54 [acesso em 2016 em fev 23] disponível em: http://www.fenufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm

23. Vendramini, RCR; Silva, EA; Ferreira, KASL; Possari, JF, baia, WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2010. 44(3):827-32

24. Motta Filho, GR; Silva, LFN; Ferracini, AM; Bähr, GL. Protocolo de cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev Bras Ortop.2013; 48(6):554-62.

25. Da Correggio, TC; Amante, LN; Barbosa, SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. Rev Sobecc. São Paulo. 2014 abr/jun; 19(2):67-73.

26. Silva, FG; Oliveira Junior, NJ; Oliveira, DO; Nicoletti, DR; Comin, E. Análise de eventos adversos em centro cirúrgico ambulatorial. Rev Sobecc. São Paulo. 2015 out/dez; 20(4):202-09.

CAPÍTULO 4

ERROS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: FATOR DETERMINANTE PARA GLOSAS HOSPITALARES

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Ruth Elen de Alcântara Chaves
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional - FATESP, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/9475610412213412

Rosane da Silva Santana
Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0601-8223

Ingrid Tainá Sousa Dias
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0306-3838

Jorgiana Moura dos Santos
Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva - SOBRATI, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-7067-6602

Suelen Luzia de Souza Araújo
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5422-8236

Isaflavia Alves de Sousa
Universidade CEUMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-4229-5658

Lídia Cristina de Sousa Sá Carvalho
Universidade Estadual do Piauí – UEMA, Brasil
http://lattes.cnpq.br/9374121144154222

Soliane da Silva Monteiro
Universidade Uniceuma, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-0752-3798

Andressa Pereira Santos
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna – FASI, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0853-9567

Thátila Larissa da Cruz Andrade
Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Brasil
http://lattes.cnpq.br/7689889081740391

Maria da Conceição de Azevedo Sousa
Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA, Brasil
http://lattes.cnpq.br/0944159245533585

Abigail Laisla Belisario da Silva
Faculdade Maurício de Nassau, Brasi
https://orcid.org/0000-0002-9985-2320

RESUMO: **Introdução**: As anotações de enfermagem no prontuário são importantes meios de comunicação entre toda equipe multiprofissional, possibilitando uma assistência integral e eficiente. **Objetivo:** conhecer os principais erros de anotações de enfermagem nos prontuários que influenciam diretamente nas glosas segundo a literatura. **Metodologia**: Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura com artigos retirados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Scidentific Eletronica Library Online (SCIELO). Foram incluídos artigos publicados nos períodos de janeiro de 2012 a dezembro de 2020 em português, com texto completo disponíveis e foram excluídos aqueles que não disponibilizarem o texto completo (apenas resumo) e que não tiveram o enfoque

no assunto abordado. **Resultados:** Os erros mais encontrados nos registros de enfermagem são de ordem técnica (ausência de itens importantes ao preenchimento como o horário de execução, erros ortográficos, uso de terminologia incoerente e siglas não padronizadas); de checagem das prescrições e legais (ausência de datas, e anotações por turno e não por horário). Essas falhas consequentemente podem gerar as glosas. **Conclusão**: Evidenciou-se que os efeitos negativos quanto aos erros nos registros de enfermagem podem causar aos pacientes e **à** instituição hospitalar muitos problemas, principalmente no aspecto econômico.
PALAVRAS - CHAVE: Custos Hospitalares; Registros de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem.

ERRORS IN NURSING RECORDS: DETERMINING FACTOR FOR HOSPITAL GLOSSARY

ABSTRACT: Introduction: Nursing notes in the medical record are important means of communication between the entire multidisciplinary team, enabling comprehensive and efficient care. **Objective**: to know the main errors of nursing notes in medical records that directly influence disallowances according to the literature. **Methodology:** This study is an Integrative Literature Review with articles taken from the Virtual Health Library (VHL) and the Scidentific Eletronica Library Online (SCIELO). Articles published from January 2012 to December 2020 in Portuguese were included, with full text available, and those that did not provide the full text (only abstract) and that did not focus on the subject were excluded**.**
Results: The most common errors found in nursing records are of a technical nature (absence of important items to be filled out, such as execution time, spelling errors, use of incoherent terminology and non-standardized acronyms); for checking the prescriptions and legals (absence of dates, and notes by shift and not by schedule). These failures can consequently generate disallowances. **Conclusion:** It was evidenced that the negative effects regarding errors in the nursing records can cause patients and the hospital institution many problems, mainly in the economic aspect.
KEYWORDS: Hospital Costs; Nursing Records; Nursing Audit.

1 | INTRODUÇÃO

O prontuário contém informações relacionado aos cuidados e rotinas diárias realizadas aos pacientes, assim como toda a assistência prestada, desde admissão até a alta hospitalar, bem como: medicações, sondagens, dietas, prescrição de cuidados da enfermagem e fisioterapias. Essas anotações quando incorretas ou escritas de forma ilegível geram os erros na prática da assistência ao paciente ou prejuízos financeiros as instituições hospitalares, causando transtornos ao paciente e a toda a equipe multiprofissional, visto que as anotações garantem respaldo legal as atividades realizadas por estes profissionais (OLIVEIRA; CARDOSO, 2017).

As anotações de enfermagem no prontuário são importantes meios de comunicação entre toda equipe multiprofissional, possibilitando uma assistência integral e eficiente. Os registros facilitam a continuação da assistência realizada ao paciente. A informação escrita

na prática de enfermagem é muito importante para que os profissionais atuem de modo efetivo, favorecendo uma assistência qualificada (GROSSI; PISA; MARIN, 2018).

As anotações no prontuário são assegurados pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/09 no artigo 6º diz que “a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente”; e na Resolução COFEN nº 311/07 salientam-se três artigos (41, 54 e 68) nos quais os profissionais de enfermagem, por questões éticas, devem prestar informações íntegras e confiáveis no que se refere ao maneira de cuidar da pessoa, bem como registrá-las nos prontuários e documentos próprios da enfermagem, além de colocar o número de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e assinatura identificando quem executou o procedimento (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

Durante uma análise da auditoria identificou-se que 79% dos prontuários estavam faltando à informação autor, data e hora nas anotações de enfermagem realizadas, como também o indicador: avaliação precoce para o plano de alta apresentou a prevalência de 66% de não conformidade, seguindo de 61% que não realizaram adequadamente a sistematização de enfermagem, o plano de cuidado (MORAIS et al., 2015).

O aumento no tempo de permanência do paciente no hospital gera maior número de anotações no prontuário possibilitando também a incidência do número de erros nas anotações. Os dados de identificação do paciente e folhas de registro são de extrema importância para não haver troca de tarefas e medicamentos entre os pacientes. Um exemplo é o serviço de farmácia do hospital, que necessita que todas as prescrições medicamentosas estejam devidamente identificadas para dispensação correta de materiais e medicamentos, e lançamento de dados nas contas hospitalares, evitando glosas (FIGUEIREDO et al., 2019).

As glosas são resultado de erros de anotações da enfermagem e demais profissionais da saúde, é quando as informações sobre um atendimento fornecidas pelo prestador (instituições hospitalares), não batem com o registro no banco de dados do plano de saúde, causando prejuízos durante a cobrança (PASSOS et al., 2012).

O hospital deve estar informado e constantemente atualizado quanto às mudanças na prática assistencial, sejam elas relativas a medicamentos ou materiais, para que possa abordar os erros de registros com propriedade e, também, orientar os profissionais de enfermagem além de toda equipe multiprofissional quanto aos problemas encontrados e apontar alternativas corretas e preventivas (ZUNTA; LIMA. 2017).

Objetivo deste estudo foi conhecer os principais erros de anotações de enfermagem nos prontuários que influenciam diretamente nas glosas segundo a literatura.

2 I METODOLOGIA

Este estudo é uma Revisão Integrativa da Literatura, que de acordo com Mendes; Silveira e Galvão (2008) é uma pesquisa que levanta o conhecimento disponível na área,

possibilitando que o pesquisador conheça as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para compreender ou explicar o seu problema de investigação.

Para a elaboração do estudo foi utilizada a trajetória metodológica, sugerido por Fineout et al. (2011), que se fundamenta na seguinte organização cronológica: elaboração da questão norteadora; seleção das bibliotecas eletrônicas a serem pesquisadas; escolha dos critérios de inclusão e exclusão; pesquisa dos artigos nas bases de dados, análise dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.

A pesquisa foi realizada nas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Scidentific Eletronica Library Online (SCIELO), que abordavam o assunto a partir dos descritores: custos hospitalares, registros de enfermagem, auditoria de enfermagem. Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos na língua portuguesa, compreendidos no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2020. E excluídos aqueles que não disponibilizarem o texto completo (apenas resumo) e que não tiverem o enfoque no assunto abordado.

Foram analisados 20 artigos aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão. Após analisados, apenas 10 fizeram parte da amostra final, foram organizados em duas categorias e analisados conforme o método de Bardin (2016) pré-analise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e intepretação. Os dados foram organizados em um quadro contendo autores, título, ano, base de ou biblioteca eletrônica e abordagem metodológica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados em um quadro e após a analisados, formaram-se duas categorias: Principais erros de enfermagem nas anotações do prontuário e Estratégias propostas para evitar glosas nos registros do prontuário.

N	TITULO DO ARTIGO	AUTOR (A)	ANO	BASE OU BIBLIOTECA ELETRÔNICA	ABORDAGEM METODOLÓGICA
1	Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão.	Rodrigues et al.	2017	BVS	Revisão integrativa
2	Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais.	Borges et al.	2017	BVS	Revisão bibliográfica
3	Importância das anotações de enfermagem na auditoria: uma revisão bibliográfica.	Morais; Gonçalves; Amaral.	2017	BVS	Revisão bibliográfica

4	Auditoria de enfermagem e a qualidade dos registros de prontuários	Ribeiro et al.	2018	Scielo	Revisão integrativa
5	Análise de glosas técnicas em centro cirúrgico de hospital geral privado.	Zunta; Lima.	2018	BVS	Pesquisa documental retrospectiva
6	Importância das anotações de enfermagem no processo de auditoria	Trindade; Lopes.	2019	Scielo	Pesquisa bibliográfica
7	Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde	Azevedo et al.	2019	Scielo	Estudo quantitativo, descritivo e transversal
8	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário	Silva et tal.	2019	Scielo	Revisão integrativa
9	A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria	Pinto; Silva; Souza.	2020	BVS	Revisão integrativa
10	Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária	Fabro et al.	2020	BVS	Estudo reflexivo

Quadro 1: Caracterização dos artigos, título, o autor, ano, base ou biblioteca eletrônica e abordagem metodológica.

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados expostos no Quadro 1, dos dez artigos selecionados, observou- se que o ano de 2017 e 2019 foram os que apresentaram maiores números de publicações com três artigos em cada. Todos os artigos foram publicados em diferentes periódicos. Foi possível notar diferentes tipos de abordagens metodológicas, sendo a pesquisa de revisão integrativa e revisão bibliográfica as mais frequentes, com quatro e três respectivamente. Quanto à base de dados o número de artigos encontrados na BVS foi de seis e apenas quatro na SCIELO.

Principais erros de enfermagem nas anotações do prontuário

Segundo os autores Pinto, Silva e Sousa (2020), o prontuário é considerado um instrumento importante para a equipe de enfermagem e o setor financeiro do hospital, pois ele é composto de todas as informações da assistência prestada ao paciente e dos materiais utilizados, logo, em casos de indefinições ou falta de informações registradas, poderá ocorrer falha na assistência e também as glosas que resultando em suspensão total ou parcial do pagamento, acarretando incertezas para os planos de saúde e

consequentemente a falta de repasse dos recursos para o hospital.

De acordo com a análise de Morais; Gonçalves e Amaral (2017), a equipe de enfermagem tem deixado muito a desejar no quesito "anotações em prontuário". Nas auditorias realizadas em estudos, foram encontrados erros nos registros de enfermagem em relação à ausência de identificação e carimbo com número do COREN do profissional que realizou assistência. O Conselho Federal de Enfermagem determina a obrigatoriedade da assinatura e do número de registro profissional de enfermagem, em todo o documento firmado, quando do exercício profissional COFEN 1996.

Sobre o ponto de vista das autoras Trindade e Lopes (2019), o trabalho exaustivo da equipe de enfermagem resulta em erros de registros no prontuário e é importante que as anotações sejam diretas com clareza e com relatos de fatos reais, demonstrando de forma efetiva a qualidade do cuidado oferecido ao cliente. Os erros mais encontrados nos registros de enfermagem são divididos em três: de ordem técnica (ausência de itens importantes ao preenchimento como o horário de execução, erros ortográficos, uso de terminologia incoerente e siglas não padronizadas); de checagem das prescrições e legais (ausência de datas, e anotações por turno e não por horário). Essas falhas consequentemente podem gerar as glosas.

Silva et al. (2019) afirmam que letras ilegíveis resultam em dificuldades de entendimento entre a equipe, podendo levar a múltiplas interpretações e à ocorrência de erros e que é importante o trabalho de educação permanente junto à toda equipe de enfermagem que ressalte a segurança do profissional e paciente, focando na realização das anotações corretas nos prontuários de forma autêntica e válida. O prontuário é considerado uma fonte integrada de informações sobre a evolução clínica dos pacientes e é importante está de forma organizada.

A falta do emprego de protocolos propicia as inconformidades. As irregularidades evidenciadas na assistência apontam questões que propõe revisões, adequações e aperfeiçoamento. Assim, para garantir a redução erros nas anotações dos serviços de saúde, a elaboração de protocolos ajuda na organização da escrita do profissional, tornando viável uma sistematização da assistência prestada, focando na capacitação dos profissionais e padronização de condutas por eles realizadas (FABRO et al., 2020).

Estratégias propostas para evitar glosas nos registros do prontuário

A busca pela qualidade dos serviços de saúde vem transformando-se, e gradativamente, incorporando novos elementos, de maneira que deve ser constante e satisfatória, nas diferentes formas de produzir bens e serviços buscando cada vez mais melhorias, inclusive nos registros realizados. A realização de anotações completas, claras e precisas referentes aos procedimentos realizados com o paciente contribui para melhoria na qualidade da assistência e evita glosas hospitalares (RIBEIRO et al., 2018).

Segundo Azevedo et al. (2019) se forem considerados apenas quatro fases nas

anotações no prontuário, tal como: levantamento de dados, diagnósticos, prescrição e evolução, isso indicará que, a não realização do exame físico e entrevista, prescrição e evolução do enfermeiro ao paciente dificultará a abordagem adequada aos reais problemas enfrentados pelo paciente. A falta do registro desta etapa dificulta as avaliações subsequentes, a permanência ou exclusão de diagnósticos, alterações da prescrição e evolução de enfermagem. Esse estágio é considerado fundamental para as demais fases da assistência, requer conhecimento científico e deve ser reforçada com ações de educação continuada para a equipe de enfermagem.

Para que as anotações de enfermagem sejam consideradas de qualidade, devem abordar quesitos como: organização, integridade, imparcialidade, coerência e legitimidade. Sendo necessários ainda registros explicito, apropriado, atuais e, principalmente compreensíveis, sem borrões e com carimbo e assinatura que permita identificar o profissional (BORGES et al., 2017).

Rodrigues et al. (2018) afirmam que a não checagem correta das medicações que estão prescritas no prontuário, produz incertezas quanto à sua realização ou não, e essa ausência de clareza pode levar a não administração da medicação ou mesmo a dupla aplicação da dose no paciente. A verificação da administração das medicações é uma ação muito importante, porque implica riscos e prejuízos à evolução e ao prognóstico do paciente. No contexto econômico, a checagem incompleta das medicações que foram prescritas promove glosas de pagamento, gerando danos financeiros a instituição.

As anotações devem sofrer avaliações periódicas e os resultados encontrados devem ser posteriormente apresentados e discutidos com a equipe, sendo uma forma de avaliar a necessidade de capacitação para que os registros passem a atender à legislação vigente e se tornem um hábito. As capacitações proporcionam conhecimento e desenvolvem habilidades profissionais, almejando assim o aumento da qualidade não só desses registros, mas do processo de enfermagem como um todo (BORGES et al., 2017).

Considera-se que é imprescindível por parte dos profissionais de enfermagem registrarem de forma adequada os procedimentos, visto que tal ação, além de constituir responsabilidade ética e legal garante o tratamento seguro do paciente e observou-se que é importante e necessária a educação continuada, devendo ser ativa nas instituições hospitalares para corrigir esses embaraços na elaboração dos registros (ZUNTA et al., 2018).

4 | CONCLUSÃO

Diante dos artigos analisados concluiu-se que os causadores mais comuns das glosas são os registros de enfermagem relacionadas à falta de compreensão, ilegibilidade e da ausência de consistência das informações, acompanhadas pela ausência de checagem dos procedimentos realizados, geralmente ocasionados pelo cansaço da rotina de trabalho

ou desconhecimento da técnica de realizar as anotações.

Evidenciou-se ainda que os efeitos negativos quanto aos erros nos registros de enfermagem podem causar aos pacientes e a instituição hospitalar muitos problemas e principalmente no aspecto econômico. E reforça a indispensabilidade de aderir e aperfeiçoar, os serviços de educação continuada para capacitar os profissionais de enfermagem para que minimize essas falhas, evitando assim prejuízos ao tratamento dos pacientes e as glosas hospitalares.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, O. A. et al. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 53, e03471, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100458&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3º reimp. da 1º ed de São Paulo. 70. ed. Lisboa. p. 147-158, 2016.

BARRETO, J. A.; LIMA, G. G.; XAVIER, C. F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **R. Enferm. Cent. O. Min**. p, 2081.2093, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Music/TCC%20JESSICA/000-27032-1-PB.pdf>acesso em: 5 jan de 2020.

BORGES, F. F. D. et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em:< http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1147>. Acesso em: 23 nov de 2020.

FABRO, G. C. R. et al. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **CuidArte, Enferm**, v.14, n. 2, p. 147-155, 2020. Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147096 > Acesso em: 21 mar 2021.

FIGUEIREDO, T. et al. Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v. 11, n. 2, p. 390-396, 2019. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6348/pdf_> Acesso em: 20 dez. 2020.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; STILLWELL, S. B. Evidence-based practice, step by step: evaluating and disseminating the impact of an evidence-based intervention: show and tell. **American Journal of Nursing (AJN)**, 2011, v.111, n.7, p. 56-59. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709484>.Acesso em: 10 jan de 2021.

GROSSI, L. M.; PISA, I. T.; MARIM, H. D. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. **J. Health Inform**, 2018. Disponivel em:< https://mail.google.com/mail/u/1/?tab=wm&ogbl#inbox/FMfcgxwGCkdRdStnCHlZlTKWCmhJDTTk?proje> Acesso em: 6 jan de 2020.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org//4836/483654815002/8914815002.pdf> Acesso em: 07 jan de 2020.

MORAIS, C. G. X. et al. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista Acreditação: Acred**, v. 5, n. 9, p. 64-84, 2015.

MORAIS, E. R; GONÇALVES, G. L; AMARAL, M. S. Importância das anotações de enfermagem na auditoria: uma revisão bibliográfica. **Revista científica facmais**. 2017. Disponível em:< https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/4.-import%c3%82ncia-das-anota%c3%87%c3%95es-de-enfermagem-na-auditoria-uma-revis%c3%83o-bibliogr%c3%81fica.pdf> Acesso em: 26 fev de 2021.

OLIVEIRA, JR, N. J.; CARDOSO, K. E. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 68, 2017. Disponível em: < https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/52>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PASSOS, M. L. L. et al. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. **Rev Rene**, 2012. Disponível em: < google.com/mail/u/1/?tab=wm&ogbl#inbox/FMfc> Acesso em: 7 jan de 2020.

PINTO, M. C.; SILVA, L. S.; SOUZA, E. A. A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, p. 159-167, 2020. Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129447?src=similardocs> Acesso em: 18 jan de 2021.

RIBEIRO, I. A. P. et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade dos registros de prontuários. **Revista da FAES**, v. 2, n. 2, p.62-73, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Music/TCC%20JESSICA/45-154-1-PB.pdf> Acesso em: 26 fev de 2021.

RODRIGUES, J. A. R. M. et al. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2511-2518, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000502511&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2021.

SILVA, V. A. et al. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enferm. foco**, p. 28-33, 2019. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049778>. Acesso em: 07 jan de 2021.

TRINDADE, B. M. S; LOPES, A. Importância das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Revista intersaúde**. v. 1, n.. 1, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Music/TCC%20JESSICA/106-145-452-1-10-20190904.pdf> Acesso: 26 fev de 2021.

ZUNTA, R. S. B; LIMA, A. F. C. Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em< https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42082> Acesso em: 16 mar 2021.

ZUNTA, R. S. B.; LIMA, A. F. C. **Análise de glosas técnicas em centro cirúrgico de hospital geral privado**, 2018. Disponível em:<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/34452> Acesso em:16 mar. 2021.

CAPÍTULO 5

O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO SOBRE AS QUESTÕES RELACIONADAS A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/08/2021

Arminda Rezende de Pádua Del Corona
http://lattes.cnpq.br/9151608552458858

Letícia Cândida de Oliveira
http://lattes.cnpq.br/1933473160792751

Mayara Carolina Cañedo
http://lattes.cnpq.br/5999208198897741

Nívea Lorena Torres
http://lattes.cnpq.br/7798973102474833

Vilma Ribeiro da Silva
http://lattes.cnpq.br/2494275533848200

RESUMO: Objetivo: Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE) implantado em um hospital. **Método**: Trata-se de um estudo observacional, descritivo, realizado em dezembro de 2018, no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Campo Grande/MS, com uma amostra de 62 enfermeiros assistenciais de um total de 80 que realizavam atividades relacionadas com o PE na instituição. Foi aplicado um questionario semiestruturado em três dimensões relacionadas a aplicação do PE. Os dados foram compilados no programa excel, o qual permitiu a analise estatisitica descritiva destes. **Resultados**: 79 % dos participantes são do sexo feminino, com média de idade 40,38 e tempo de formação entre seis e dez anos. Verificou-se que 56% dos participantes trabalham nesta instituição entre um a cinco anos. No quesito qualificação a maioria é especialista (89%) e 82% dos participantes tem vínculo apenas com a instituição. Em relação ao modelo teórico adotado 85% dos participantes indicaram a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta Quanto a classificação de diagnósticos de enfermagem adotada 55% e 79% deles, declararam ter habilidade para a aplicação assertivamente a Carpenito-Moyet. **Conclusão**: Os resultados obtidos demonstram deficiência no conhecimento do PE o que dificulta o estabelecimento da prática adequada do cuidado de enfermagem embasado nos modelos, atualmente indicados.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem; Hospital; Processo de Enfermagem.

THE KNOWLEDGE OF NURSES IN A PUBLIC HOSPITAL ABOUT ISSUES RELATED TO THE APPLICATION OF THE NURSING PROCESS

ABSTRACT: Objective: To identify nurses' knowledge about the development of the Nursing Process (NP) implemented in a hospital. Method: This is an observational, descriptive study, carried out in December 2018, at the Regional Hospital of Mato Grosso do Sul - Campo Grande/MS, with a sample of 62 clinical nurses from a total of 80 who performed activities related to the PE in the institution. A semi-structured questionnaire in three dimensions related to the NP application was applied. Data were compiled in the Excel program, which allowed descriptive statistical analysis. Results: 79% of participants are female, with an average age of 40.38 and training time

between six and ten years. It was found that 56% of the participants work at this institution for between one and five years. In terms of qualification, the majority are specialists (89%) and 82% of the participants are linked only to the institution. Regarding the theoretical model adopted, 85% of the participants indicated Wanda Horta's Theory of Basic Human Needs. As for the classification of nursing diagnoses adopted, 55% and 79% of them declared to have the ability to assertively apply the Carpenito-Moyet. Conclusion: The results obtained demonstrate a deficiency in the knowledge of the NP, which makes it difficult to establish the proper practice of nursing care based on the models currently indicated.
KEYWORDS: Nursing; Hospital; Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

As constantes transformações e os avanços nos cenários das práticas de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, têm repercutido na forma como a enfermagem organiza seu serviço. Nesse cenário, novas exigências são colocadas para os enfermeiros, na forma de um conhecimento especializado do gerenciamento das ações de enfermagem, bem como dos instrumentos que dão especificidade à prática do enfermeiro, como o Processo de Enfermagem (PE), fundamental para dar qualidade ao cuidado oferecido aos usuários dos sistemas de saúde, mas também para a própria atuação do enfermeiro e da equipe (SOARES *et al*., 2015).

O trabalho da enfermagem visa não somente à restauração da saúde. A promoção e a prevenção também devem ser reconhecidas, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (SOARES *et al*., 2015). De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), a SAE possibilita a organização desse trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do PE.

O PE é compreendido como um método de trabalho que contribui para o planejamento e a organização das atividades assistenciais dos enfermeiros (MASSAROLI *et al*., 2015). O PE se divide em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação dos cuidados de enfermagem e avaliação de enfermagem (COFEN 2009; TANNURE,2017). No entanto, ainda existem profissionais em instituições de saúde públicas e privadas que deixam de cumprir a resolução que prevê o PE, (COFEN,2009) e sua não realização é justificada por diversas dificuldades para a implementação.

Destaca-se a importância de fortalecimento dos vínculos entre as práticas de ensino e serviço, principalmente porque a formação se complementa pela experiência que os alunos acumulam ao vivenciar a aplicação do PE nas práticas, ainda na graduação. Assim, é necessário investir em preparação para a realização do PE para os estudantes, buscando despertá-los, ainda na escola, para a importância da aplicação do método.

Embora o cuidado de enfermagem seja o principal foco quando se fala da SAE e do PE, é de se considerar que a organização dos serviços de enfermagem faz parte

da formação de muitos profissionais de saúde, auxiliando ou não na compreensão da multidimensionalidade do cuidado das necessidades dos clientes (BENEDET *et al.*, 2016). A instituição aqui estudada é um hospital de ensino, inclusive com programa de residência multiprofissional, o que justifica a preocupação em organizar e implementar satisfatoriamente as exigências do Cofen em relação à aplicação do PE.

Dada a dimensão da problemática em pauta e considerando a necessária adesão dos enfermeiros em busca da qualificação de suas práticas pela adoção de métodos de trabalho embasados cientificamente e capazes de transformar suas realidades, o presente estudo objetivou identificar o conhecimento dos enfermeiros do hospital em estudo, sobre SAE e PE.

2 I MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, realizado em dezembro de 2018, no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Campo Grande/MS, com uma amostra de 62 enfermeiros de um total de 80. Foram incluídos os enfermeiros em atividade laboral de gerência e assistência nas unidades de internação adulto e pediátrica e excluídos aqueles que exerciam apenas atividades de ensino no âmbito do hospital e participantes de comissões.

Este hospital pertence à rede pública estadual de saúde de Mato Grosso do Sul e oferece assistência de média e alta complexidade à população do Estado e de países fronteiriços, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi constituída de enfermeiros assistenciais que realizavam atividades relacionadas com o PE, no hospital. A execução do PE ocorre sob uma mesma orientação teórico-metodológica, mas ele se apresenta com diferentes estágios de desenvolvimento em relação à sua implantação.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, foi um questionário estruturado elaborado para esta pesquisa, composto de caracterização do perfil socioprofissional, conhecimento dos enfermeiros e estrutura que comporta aplicação do PE no cotidiano do serviço de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em dia e nos horários definidos, os participantes foram abordados individualmente em seus locais de trabalho para o preenchimento do instrumento e esclarecidos sobre a importância do estudo.

A organização de banco de dados ocorreu por meio do programa excel®, categorizando as variáveis qualitativas e mensurando as variáveis quantitativas. Na análise dos dados foi realizado a frequência absoluta e relativa para as vaiáveis categóricas qualitativas e médias para as variáveis quantitativas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e aprovado sob o parecer 2.133.907/2017.

3 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 62 enfermeiros, sendo 79% do sexo feminino. Em relação às faixas etárias, 58% (36) tinham entre 31 a 40 anos de idade e 18% (11) entre 41 a 50 anos, sendo a média de idade de 40,3 anos. Em relação aos anos de formação, verificou-se que 52% (32) dos participantes possuíam entre 6 e 10 anos de formação na graduação em enfermagem e 25% (16) tinham entre 11 a 15 anos de formação.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 56% (35) dos participantes trabalhavam ali entre 1 a 5 anos, 18% (11) de 6 a 10 anos, 13% (8) menos de 1 ano, 10% (6) de 11 a 15 anos e 3% (2) de 16 a 20 anos. Em relação à qualificação dos enfermeiros, 89% (54) revelaram possuir cursos de especialização, 5% (3) Mestrado, 3% (2) outros e 3% (2) deixaram a resposta em branco. Quanto à quantidade de vínculos empregatícios, 82% (51) dos participantes trabalhavam apenas na instituição estudada, 16% (10) tinham dois vínculos e 2% (1) não responderam.

Em relação ao referencial teórico, a teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo Wanda Horta foi indicada por 85% (53) dos enfermeiros como a referência utilizada para a aplicação do PE na instituição em estudo. Outros 5% (3) deixaram as respostas em branco, 5% (3) apontaram outra teoria sem especificar quais, 2% (1) apontaram a teoria do autocuidado, 2% (1) a teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e 2% (1) nenhuma das respostas anteriores.

Quando solicitados a afirmar se o conteúdo do instrumento de coleta de dados para o PE apresentava convergência com os pressupostos da referida teoria das necessidades humanas básicas, 52% (32) dos participantes responderam afirmativamente, outros 35% (22) responderam negativamente e 13% (8) não responderam.

Quando questionados sobre as classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem adotada pela instituição, a maioria apontou assertivamente Carpenito-Moyet 55% (34), porém houve um número significativo de participantes que apontou a *NANDA International* 39% (24). Questionados sobre a habilidade para a aplicação da classificação Carpenito-Moyet, 79% (49) responderam ter aptidão e 19% (12) não se consideraram aptos.

Já ao serem questionados sobre a contribuição do conhecimento adquirido na graduação, 44% (27) dos respondentes consideraram que ele possibilitava a aplicação do PE na prática; 42% (26) consideraram que esse conhecimento possibilitava parcialmente a aplicação e 13% (8) não o consideraram (Tabela 1).

Variáveis	n (%)
Teorias de enfermagem aplicadas	
Teoria das Necessidades Humanas Básicas - Wanda Horta	53 (85)
Teoria ambiental de Florence Nightingale	0
Teoria da adaptação de Sister Callista Roy	0
Teoria do autocuidado de Dorothea Orem	1 (2)
Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger	1(2)
Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	0
Outras	3 (5)
Nenhuma teoria	1 (1)
Em branco	3 (5)
O instrumento tem convergência com os pressupostos da teoria aplicada	
Sim	32 (52)
Não	22 (35)
Em branco	8 (13)
Classificação e Diagnósticos de Enfermagem	
Diagnósticos de Enfermagem *NANDA International*	24 (38)
CIPE®	1 (2)
Carpenito-Moyet	34 (55)
NIC e NOC	2 (3)
Em branco	1 (2)
Considera apto para aplicação da classificação assinalada	
Sim	49 (79)
Não	12 (19)
Em branco	1 (2)
Conhecimento do PE na graduação possibilita sua aplicação	
Sim	27 (44)
Não	8 (13)
Parcialmente	26 (42)
Em Branco	1 (2)

Tabela 1. Demonstrativo do conhecimento que fundamenta o Processo de Enfermagem aplicado no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2018

CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; NIC: *Nursing Interventions Classification*; NOC: *Nursing Outcomes Classification*; PE: Processo de Enfermagem.

Em relação à aplicação do PE na prática assistencial, 47% (29) dos profissionais afirmaram que o aplicavam. Outros 47% (29) afirmaram que, às vezes, aplicavam o PE; 3% (2) declararam não aplicar o PE e, ainda, outros 3% (2) deixaram a questão em branco.

Quanto ao registro do PE no prontuário do paciente, 63% (39) responderam que o

PE era registrado no prontuário de forma impressa; 24% (15) disseram que o registro e a impressão eram feitos de forma parcial; 10% (6) responderam que não eram feitos registros nem impressão, e 3% (2) dos enfermeiros não responderam.

Quando foi solicitado aos participantes que emitissem opinião em relação ao cumprimento do proposto pela resolução 358/2009 do Cofen, 45% (28) consideraram que sim, 35% (22) disseram que a cumpriam parcialmente, 13% (8) consideraram que não a cumpriam e 6% (4) não responderam (Tabela 2).

Variáveis	**n (%)**
Aplicação do PE na prática assistencial	
Sim	29 (47)
Não	2 (3)
Às vezes	29 (47)
Em branco	2 (3)
Composição do PE no prontuário físico do paciente	
Sim	39 (63)
Não	6 (10)
Parcialmente	15 (24)
Em branco	2 (3)
A prática do PE atende à resolução 358/2009 do Cofen	
Sim	28 (45)
Não	8 (13)
Parcialmente	22 (35)
Em branco	4 (6)

Tabela 2. Aspectos legais e estruturais do Processo de Enfermagem aplicado pelos enfermeiros no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2018

PE: Processo de Enfermagem; Cofen: Conselho Federal de Enfermagem.

Sobre a continuidade dos cuidados, 55% (34) dos enfermeiros consideraram que a aplicação do PE assegurava a continuidade do cuidado de forma parcial, 27% (17) deles acreditavam que a aplicação do PE contribuiu para a continuidade do cuidado, e 16% (10) não visualizavam a relação entre a continuidade do cuidado e o desenvolvimento do PE.

Quanto à prática de transmitir as informações contidas no PE na passagem de plantão, 52% (32) dos participantes responderam que sim, 35% (22) que não, 11% (7) que "não se aplica" e 2% (1) não responderam.

Ainda explorando os aspectos relacionados à qualidade do cuidado, 92% (57) dos enfermeiros acreditavam que a realização do PE podia melhorar a qualidade da assistência e se manifestaram favoráveis à implementação do PE em toda a instituição. No entanto,

5% (3) deles não acreditavam na melhoria da qualidade. Mais da metade dos enfermeiros (55%) indicou que o PE deveria ser realizado para todos os pacientes, porém 42% (26) acreditavam que devia ser adotado algum critério para a escolha dos pacientes cujo PE fora realizado (Tabela 3).

Variáveis	**n (%)**
Possibilita a continuidade dos cuidados com o PE	
Possibilita integralmente a continuidade dos cuidados	17 (27)
Possibilita parcialmente a continuidade dos cuidados	34 (55)
Não possibilita a continuidade dos cuidados	10 (16)
Em branco	1 (2)
Utilização dos dados do PE na passagem de plantão	
Sim, utiliza	32 (52)
Não utiliza	22 (35)
Não se aplica	7 (11)
Em branco	1 (2)
Melhoria da qualidade da assistência com a aplicação do PE	
Sim, melhora e deve ser estendida a todos os pacientes assistidos	57 (92)
Não melhora a qualidade	3 (5)
Em branco	2 (3)
Indicação da maneira de implantação do PE no hospital	
Para todos pacientes sem critérios	34 (55)
Adotar algum critério sobre os pacientes	26 (42)
Em branco	2 (3)

Tabela 3. Aspectos sobre a melhoria da assistência com aplicação do PE no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2018

4 | DISCUSSÃO

Os resultados do estudo reafirmam a histórica relação entre o sexo feminino e a enfermagem (CARRIERI; DINIZ; SOUZA, 2013). Os dados relacionados ao perfil das enfermeiras, vistos em conjunto, indicam um contingente de mulheres jovens, no auge de sua vida produtiva, com potencialidade para adesão à qualificação profissional, longa permanência na instituição e possibilidade de transformação de suas condições de trabalho e da qualidade do cuidado ofertado.

A qualificação dos enfermeiros da instituição em estudo revelou um quadro predominantemente de especialistas. Para a implementação e a continuidade na implantação do PE, é essencial o aprimoramento técnico-científico do enfermeiro (MACHADO *et al.*, 2016a).

A maioria dos enfermeiros possuí apenas um vínculo empregatício, o que pode estar

relacionado ao fato de que a instituição admitia seus servidores por meio de concurso, promovendo estabilidade do vínculo. Apesar da estabilidade empregatícia, a inexistência de incentivos e de plano de cargos e carreiras (PCC) pode contribuir para não estimular o profissional a procurar maior qualificação, visto que nenhum enfermeiro do hospital tem título de Doutor.

Em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre as teorias de enfermagem, que orientam a realização do PE na prática assistencial, as respostas revelaram que 85%, portanto a maioria deles indicou assertivamente que teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta constitui o fundamento que orienta a aplicação do PE na instituição.

As teorias de enfermagem exercem um papel fundamental por apoiarem as práticas de enfermagem com suas bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado, conduzindo o "pensar" do enfermeiro a partir da identificação dos problemas de enfermagem durante a experiência do cuidar (SANTOS *et a*l., 2019a).

Quando foram solicitados a responder se o conteúdo do instrumento de coleta de dados para o PE apresentava convergência com os pressupostos da referida teoria, as respostas afirmativas se reduziram para 52% dos participantes, e 48% responderam negativamente ou não responderam. Com esse resultado, pode-se indagar o quanto os participantes do estudo sabem sobre a teoria que subsidia sua prática. É imprescindível ao enfermeiro conhecer o referencial teórico em que se ancora sua prática profissional, bem como o PE que guia o cuidado que aplica.

O conhecimento sobre as classificações de diagnósticos e intervenções de enfermagem não foi diferente, pois revela fragilidade quando 55% dos participantes apontaram Carpenito-Moyet como a classificação de enfermagem adotada pela instituição, porém 38% apontaram a *NANDA International*, evidenciando-se o desconhecimento da taxonomia que se padronizou aplicar na instituição, o que certamente implicará em sua aplicabilidade.

Essa necessidade não é nova, e é um desafio qualificar os enfermeiros da instituição em estudo, em especial para entender como o julgamento clínico se processa e aumentar a habilidade profissional para o raciocínio diagnóstico e o desenvolvimento contínuo dos sistemas de classificação dos elementos da prática profissional.

Quando se reportam à contribuição do conhecimento adquirido na graduação, verifica-se que o número dos que indicam que esse conhecimento possibilita a aplicação do PE na prática é muito próximo daqueles que consideram que esse conhecimento possibilita a aplicação parcial e, se somado àqueles que não se consideram preparados para a aplicação do PE, a situação se revela um cenário preocupante.

Talvez as causas desse fenômeno estejam inseridas na reprodução do modelo biomédico no ensino de enfermagem, que é baseado em patologias e na execução de técnicas e no qual o aluno vê o PE como mero exercício acadêmico e também a resistência

dos profissionais em adotar esse método de trabalho (MACHADO *et al.*, 2016b)técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil, que possuem registro ativo no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN. É preciso considerar que a formação desse estudante precisa estar pautada em embasamento teórico e prático que propicie um direcionamento para a tomada de decisões fora do senso comum e pautado no raciocínio lógico e científico, embasado em evidências e em seu saber (MACHADO *et al.*, 2019).

Quando se referem à aplicação do PE à prática diária, a metade do grupo afirmou aplicá-lo, enquanto que a outra metade afirmou fazê-lo às vezes, não cumprindo as determinações da resolução 358/2009 do Cofen (COFEN,2009). Os dados são próximos aos de outro estudo (BERWANGER *et al.*, 2019), no qual 55,2% dos participantes revelam não realizar o PE e, ainda, aos de outro estudo (SANTOS *et al.*, 2019), no qual os enfermeiros admitiram a não aplicação do PE.

Essa revelação depõe contra a qualidade dos serviços ofertados aos usuários do serviço do hospital e constitui motivo que impõe investigar as causas da não aplicação, visto que reflete diretamente na qualidade do cuidado oferecido e demonstra o não cumprimento da resolução 358/2009 do Cofen (COFEN, 2009).

Os enfermeiros demonstram não possuir domínio da amplitude de benefícios que a SAE proporciona (SANTOS, 2019), ao ponto de comprometerem a legalidade, ferindo a resolução que lhes oferece oportunidade de consolidar sua identidade profissional. É baixa a percepção sobre o quanto o PE proporciona desenvolvimento da racionalidade científica por meio de seus saberes, garantindo a autoridade, a autonomia e a responsabilidade e confirmando o *status* científico da profissão (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Em outros estudos, enfermeiros reconhecem a SAE como um método de trabalho que contribui para o planejamento, a organização das atividades assistenciais (MASSAROLI *et al.*, 2015), a qualificação e a excelência na assistência, mas demonstram também descompasso entre a teoria e a prática (SANTOS *et al.*, 2019b). Assim como no presente estudo, os enfermeiros reconhecem a importância do PE, mas não praticam a SAE de forma integral, corriqueira e até natural, pois grande parte considerou que não deveria ser aplicada a todos os clientes.

Quanto à localização do PE no prontuário do paciente, encontrou-se informação incorreta na medida em que profissionais do mesmo hospital referem localização diferente para o registro de suas ações. A instituição possui o Prontuário Eletrônico (PEP), com todas as etapas do PE no sistema informatizado. Todavia, devido à ausência da assinatura digital são necessárias a impressão e a assinatura nos formulários para anexar ao prontuário físico. O registro dessa dificuldade pode levar os profissionais a não cumprirem o proposto no Art. 3º da resolução 429/2012 do Cofen quando diz que:

> "É responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos, sejam em meio de suporte tradicional ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao

gerenciamento dos processos de trabalho" (COFEN,2012).

Quando se discute se aplicação do PE assegura a continuidade do cuidado ao paciente, só 27% (17) dos participantes indicaram positivamente. Esse dado corrobora o entendimento que, de fato, o PE não é colocado em prática ou, ainda mais grave, que os enfermeiros não detêm uma convicção clara acerca do significado do PE e de sua capacidade de impactar na qualidade do cuidado oferecido.

Mesmo diante das dificuldades para a implantação sistemática e efetiva do PE, precisamos rever os significados que atribuímos a ele ao longo dos anos, seja no ensino, na assistência, na gerência ou na pesquisa de enfermagem. Nesse sentido, para que o PE seja efetivado em uma instituição de saúde e necessário que o grupo de enfermeiros que atuam à frente dos processos assistencial e de gerenciamento concebam a enfermagem como ciência e que busquem promover e/ou se apropriar do conhecimento que propicie o desenvolvimento cientifico do seu fazer.

Exigindo um maior envolvimento da instituição, no provimento dos recursos essenciais para a efetivação do PE, além do investimento na capacitação dos enfermeiros, e assim, contribuírem para a conquista de benefícios próprios para a instituição, por meio de assistência de enfermagem qualificada e competente (COSTA; SILVA, 2018).

Quando solicitados a opinar se a aplicação do PE implicaria na melhoria da qualidade da assistência, a maioria dos enfermeiros afirmou que sim. No entanto, a prestação de serviços de enfermagem de qualidade implicam em algumas exigências que se explicitam em ações/intervenções, baseadas em pesquisas científicas, direcionadas à realização de gestão do cuidado, utilizando, para esse fim: o estabelecimento de indicadores que permitam a avaliação de resultados; o comprometimento e o envolvimento de todos no processo de melhoria contínua; o investimento no desenvolvimento das pessoas e do trabalho em equipe; a socialização das informações; o incentivo à inovação e à criatividade e, ainda, o atendimento das expectativas dos trabalhadores e dos pacientes (FREITAS *et a*l., 2014). Aspectos esses que não foram, se quer mencionados, pelos participantes do estudo.

5 I CONCLUSÃO

O perfil dos participantes permite inferir que o hospital investigado possuía um maior contingente de profissionais de enfermagem do sexo feminino, adultas jovens, com pouco tempo de formação e de trabalho na instituição, especialistas, compondo uma força de trabalho na área da enfermagem com potencial favorável à implementação do Processo de Enfermagem de forma ampla e qualificada.

A continuidade do processo de implementação do PE exige aprofundamento do conhecimento do referencial teórico, bem como discussões entre a equipe, para conhecimento de seus conceitos e pressupostos. O mesmo se aplica às classificações

de Diagnósticos de Enfermagem que se padronizou aplicar na instituição, bem como dos aspectos legais implicados para autorizar o uso dessa tecnologia.

O ensino do Processo de Enfermagem na graduação foi apontado como insuficiente indicando que a relação teoria/prática constitui um desafio a ser alcançado nesse grupo/ instituição e se coloca como um desafio para as escolas.

Quando se referem à aplicação do PE à prática diária o entendimento que se teve foi de que o Processo de Enfermagem não é colocado em prática ou, ainda mais grave, os enfermeiros não detêm uma convicção clara acerca da significação do Processo de Enfermagem e sua capacidade de impactar na qualidade do cuidado oferecido.

A constatação do não cumprimento da legislação especifica, indica não reconhecimento e adesão aos benefícios de se dispor de legislação própria da profissão que assegura um exercício profissional livre e autônomo. Comportamento este que incide sobre outros aspectos do trabalho do enfermeiro como não cumprir o proposto em relação a efetivação dos registros no prontuário do paciente, não exigir que esses registros subsidiem as práticas que garantam a continuidade do cuidado e desta forma podem comprometer a qualidade do cuidado ofertado.

REFERÊNCIAS

BENEDET, S. A. *et al*. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n.3, p.4780–4788, 15 jul. 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237. Acesso em 23 ago.2020.

BERWANGER, D. C. *et al*. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. **Revista Nursing,** v. 22, n. 257, p. 3204–3208, out. 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026072. Acesso em 10 de jun.2021

CARRIERI A.P, DINIZ A.P, SOUZA E.M. Gender and work: representations of femininities and masculinities in the view of woman Brazilian executives. **Brazilian Administration Review.** 2013;10(3):281-303. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/bar/v10n3/aop0213.pdf Acesso em: 13 ago. 2020.

COSTA, A.C.; SILVA, J.V. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 16, p. 2182–2883, 2018. Disponivel em https://doi.org/10.12707/RIV17069

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**, 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem-SAE nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 jun.2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais, no prontuário do paciente e em outros de enfermagem. Brasília, DF, 2012. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

FREITAS, J. S. DE *et al.* Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454–460, 2014. Disponivel em https://www.redalyc.org/pdf/2814/281431353015_2.pdf. Acesso em 10 jun.2021.

GUTIÉRREZ, M. G. R. DE; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 436–41, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200436&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 05 jun. 2021

MACHADO, J. P. DA C. *et al.* Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a Sistematiazação da Assistência de Enfermagem. **Revista Nursing**, v. 22, n. 257, p. 3220–3225, 2019a. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026095. Acesso em 03 jun. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Caracteristicas gerais da enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9, 2016a. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/0. Acesso em 08 jun.2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfemeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 15, 27 jan. 2016b. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.687. Acesso em 03 jun.2021

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 252–258, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020

SANTOS, B. P. *et al.* Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 593–7, 2019a. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0566.pdf. Acesso em 09 jun.2021.

SANTOS, F. C. *et al.* Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital público do norte do Brasil. **Revista Nursing** , v. 22, n. 256, p. 3155–3159, set. 2019b. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026021. Acesso em 07 jun.2021

SOARES, M. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 47–53, 2015.

TANNURE M.C. PINHEIRO, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

CAPÍTULO 6

MANUSEIO DE DROGAS VASOATIVAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 23/07/2021

Kaoma Ludmila Pimenta Camargos
Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE
Montes Claros – MG
http://lattes.cnpq.br/5154892238549704

Kezia Danielle Leite Duarte
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
http://lattes.cnpq.br/5880572104941006

Harley Medawar Leão
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
https://orcid.org/0000-0002-7960-0214

Raynara Laurinda Nascimento Nunes
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
https://orcid.org/ 0000-0001-9418-926X

Bruna Renata Duarte Oliveira
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
https://orcid.org/0000-0003-0720-309X

Karine Suene Mendes Almeida Ribeiro
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
https://orcid.org/0000-0002-6213-689X

Andressa Prates Sá
Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI
Montes Claros – MG
http://lattes.cnpq.br/5249560920697190

Weidny Eduardo de Sousa Silva
Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE
Montes Claros – MG
http://lattes.cnpq.br/5249560920697190

RESUMO: Objetivo: esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância das drogas vasoativas. **Método**: trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, através da identificação de estudos sobre o tema de competências do enfermeiro no processo de manuseio da medicação de drogas vasoativas, entre os anos de 2010 e 2021. Adotou-se a revisão integrativa da literatura devido a sua contribuição para a análise de resultados, sendo 10 artigos incluídos no estudo referenciados e analisados. **Resultados e Discussão:** Segundo a literatura atribui-se ao enfermeiro o dever de executar ações para reduzir riscos e garantir o máximo de segurança ao procedimento como: Checar as informações do fármaco; certificar-se da disponibilidade dos materiais essenciais para administração correta; administrar os fármacos em via correta, registrar e assinar todos os procedimentos em prontuário, precedidos de data e hora. **Conclusão:** Diante disto a presente revisão de literatura integrativa nos permite concluir que o profissional de enfermagem possui a competência pela administração de drogas vasoativas, drogas essas que apresentam maior índice de erros, exigindo maior atenção na sua utilização.

PALAVRAS - CHAVE: Vasoativos. Enfermagem. Segurança do paciente.

HANDLING OF VASOACTIVE DRUGS BY THE TEAM NURSING: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: this research aims to assess nurses' knowledge about importance of vasoactive drugs. **Method:** this is a study with a qualitative approach, through the identification of studies on the theme of nurses' skills in the process of handling the medication of vasoactive drugs, between 2010 and 2021. The review was adopted integrative literature due to its contribution to the analysis of results, with 10 articles included in the study referenced and analyzed. **Results and Discussion:** According to the literature nurses are given the duty to take actions to reduce risks and ensure maximum safety to the procedure such as: Checking the drug information; make sure of the availability of essential materials for correct administration; administer the drugs in correct copy, register and sign all procedures in the medical record, preceded by date and hour. **Conclusion:** In view of this, this integrative literature review allows us to conclude that the nursing professional has the competence for drug administration vasoactive drugs, which have a higher rate of errors, requiring greater attention in their use.
KEYWORDS: Vasoactives. Nursing. Patient safety.

1 I INTRODUÇÃO

As drogas vasoativas são um grupo de fármacos constituído por substâncias que apresentam efeitos direta ou indiretamente nos vasos sanguíneos periféricos, pulmonares ou cardíacos. Agem em receptores do endotélio vascular e apresentam uma resposta ou efeito ligeiramente, por isso, são amplamente utilizadas em pacientes que se encontram em estado grave, como as aminas vasoativas e a noradrenalina, dopamina e dobutamina (DUARTE et al., 2017).

Um aspecto indispensável que deve ser considerado é o quadro de gravidade dos pacientes, pois estes geralmente encontram-se hemodinamicamente instáveis, com rebaixamento do nível de consciência, uso de drogas vasoativas ou outras drogas para a manutenção da estabilidade, além do suporte ventilatório invasivo, O entendimento das variáveis relacionadas ao quadro clínico dos pacientes internados em UTI, assim como o levantamento de dados sociodemográficos podem proporcionar para o planejamento do cuidado, pois os ambos podem apresentar peculiaridades passíveis de interferência no tratamento estabelecido (MELO et al., 2015).

A literatura afirma que as drogas vasoativas estão entre os medicamentos mais aplicados em todos os centros de terapia intensiva. Muitos pacientes graves fazem uso delas para otimizar débito cardíaco e tônus vascular sistêmico e pulmonar, devido a seus efeitos vasculares periféricos, pulmonares, cardíacos e renais, com ação de vasoconstrição, inotropismo, cronotropismo, broncodilatação e outros. Entretanto, deve ser utilizada com cautela e com monitorização hemodinâmica e laboratorial devido à resposta nos receptores alfa e beta estar diretamente relacionada à dose aplicada (MENDONÇA et al., 2012).

Em vista disso, o uso dessas medicações exige cuidados especiais para poder

produzir os efeitos benéficos esperados, tanto na prescrição, quanto no preparo e administração. Apesar de que os benefícios das drogas vasoativas serem amplamente difundidos, percebe-se que ainda há, desconhecimento dos profissionais quanto aos cuidados necessários aos pacientes durante a utilização dos mesmos (DUARTE et al., 2017).

As drogas vasoativas (DVA) estão entre os medicamentos mais aplicados na unidade de terapia intensiva, pois auxiliam na terapêutica dos pacientes com o objetivo de corrigir a instabilidade hemodinâmica. Sua administração de forma inadequada pode ocasionar efeitos colaterais graves e, muitas vezes, irreversíveis, sendo assim a equipe de enfermagem deve estar atenta aos cuidados durante a administração desses medicamentos (PAIM et al., 2017).

É fundamental a formação complementar do profissional, que deve buscar o seu aperfeiçoamento científico para proporcionar uma assistência de saúde livre de erros e danos ao paciente, não se devem associar o tempo de atuação e a formação à habilidade e ao desenvolvimento técnico-científico, pois estes dependem da busca constante e individual de todos os enfermeiros, de modo a obter a prática baseada em evidências (SILVA et al., 2019).

No Brasil, em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, juntamente com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, criou uma cartilha obtendo os dez principais passos que os profissionais devem seguir para evitar resultados indesejáveis na assistência prestada ao paciente: identificação correta, conexões corretas de cateteres e sondas, cuidado limpo e seguro, cirurgia segura, segurança na administração de sangue e hemocomponentes, envolvimento do paciente com a sua segurança, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, comunicação efetiva e segurança na utilização de tecnologia (JÚNIOR; GASPARINO, 2017).

Apesar da importância destes indicadores, estão sendo incorporados como guias para monitorar e considerar a qualidade do atendimento e cuidados dos pacientes pelos profissionais de saúde em instituições hospitalares. Uma das proeminências de incorporações neste cenário, são as taxas de eventos adversos. Os eventos adversos representam ocorrências indesejáveis, danosas ou prejudiciais, preveníveis, que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (FERNANDES et al., 2020).

Contudo, no momento que se administra um fármaco por via endovenosa, a dose penetra na circulação sistêmica. Dessa maneira, esta via possui disponibilidade sistêmica de 100%, sendo assim o conceito farmacológico interfere diretamente nas práticas de enfermagem na administração de medicamentos por essa via, pois nas infusões contínuas qualquer atraso na troca das soluções pode gerar alterações em perfis farmacocinéticos, como volume de distribuição, concentração plasmática e velocidade de excreção, o que poderá acarretar prejuízo para uma resposta terapêutica correta (ROCHA et al., 2010).

Portanto dentre os princípios científicos que devem conduzir a administração de medicamentos têm-se: conhecimento sobre a ação do fármaco no organismo, métodos e vias de administração, dose máxima, dose terapêutica e fatores que a modificam, sinais que evidenciem a toxicidade, técnicas de administração e a interação medicamentosa (MENDONÇA et al., 2012).

Tendo em consideração que os erros de medicação, na atualidade, representam um dos principais eventos adversos causados ao paciente hospitalizado e que, para realizar o preparo, a administração e a manutenção de medicamentos é fundamental que os profissionais tenham uma visão ampla da sua responsabilidade nesse processo, para não colocar em risco a segurança do paciente (DUARTE, 2015 apud JÚNIOR; GASPARINO, 2017).

A equipe de Enfermagem deve colaborar com a segurança do sistema de medicação durante a infusão das drogas vasoativas, sendo essa uma das suas atribuições, isso exige dos profissionais responsabilidade, conhecimento e habilidade, garantindo assim a segurança do paciente, buscando soluções para os problemas existentes, além de desenvolver pesquisas sobre esta temática (MENEGUETI et al., 2017).

2 | OBJETIVO

Em vista disto, com este estudo fluiu o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância das drogas vasoativas.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, através da identificação de estudos sobre o tema de competências do enfermeiro no processo de manuseio da medicação de drogas vasoativas, entre os anos de 2010 e 2021. Adotou-se a revisão integrativa da literatura devido a sua contribuição para a análise de resultados.

A revisão integrativa da literatura estabelece critérios para a coleta e análise de dados, desta forma adotamos seis etapas indicadas para a elaboração da revisão integrativa que são: a seleção da pergunta em que consiste a pesquisa; a definição dos critérios de inclusão dos estudos e seleção da amostra; a representação dos estudos selecionados em tabela, representado na tabela 1; análise crítica dos dados encontrados e a discussão dos resultados obtidos.

A seleção dos estudos foi realizada através de busca em bancos de dados online como: Scielo, BMV, Pubmed e MedLine, com base nos critérios: ano de publicação entre 2010 e 2021; publicados em português, espanhol e inglês e artigos com textos completos. Foram utilizados 10 artigos, e referenciados no presente texto descritos na tabela 1.

AUTORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
DUARTE et al. (2017)	Apresentar as principais drogas vasoativas utilizadas em emergência, com ênfase nos cuidados de enfermagem ao idoso.	Trata-se de um estudo descritivo informativo que utilizou como suporte teórico através de uma revisão descritiva da literatura.
MELO et al. (2015)	Objetivo: analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva.	Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa.
MORAIS et al. (2020)	O objetivo desta revisão de literatura é levantar embasamento científico no manejo do paciente crítico em uso de DVA para MP em UTI.	Uma revisão integrativa da literatura.
PAIM et al. (2017)	A investigação consistiu em validar o conteúdo de um POP, para intervenção de enfermagem ao paciente em uso de fármacos vasoativos na emergência, na opinião de juízes.	Estudo metodológico, de abordagem quantitativa.
SILVA et al. (2019)	Descrever o conhecimento dos enfermeiros de uma unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca sobre drogas vasoativas, em um hospital escola.	Trata-se de um estudo quantitativo, transversal.
JÚNIOR; GASPARINO (2017)	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a administração de drogas vasoativas.	Estudo descritivo, transversal e quantitativo.
FERNANDES et al. (2020)	Analisar as competências do enfermeiro no processo de medicação de drogas vasoativas, explorando os principais fatores que propiciam possíveis eventos adversos em pacientes hospitalizados.	Revisão de literatura trata-se de um estudo de abordagem qualitativa.
ROCHA et al. (2010)	Avaliar o conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre a importância da infusão contínua de catecolaminas.	Trata-se de estudo descritivo, exploratório com delineamento transversal.
MENDONÇA et al. (2012)	Identificar a incidência do uso de catecolaminas nos pacientes de uma unidade de terapia intensiva em Fortaleza-CE.	Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem predominantemente quantitativa.
MENEGUETI et al. (2017)	Caracterizar os erros no processo de medicação notificados por meio do sistema eletrônico de um hospital geral de grande porte e propor uma estratégia educativa e problematizadora com o intuito de minimizar a ocorrência deste tipo de evento adverso.	Estudo descritivo, de abordagem quantitativa.

Tabela 1 – Descrição de trabalhos selecionados para a revisão integrativa.

Fonte: próprios autores

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os diversos eventos adversos estão os erros relacionados ao processo de medicação. Um erro de medicação é definido por qualquer evento que possa ser evitável e que pode prejudicar ou induzir a utilização inadequada de um medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto a medicação está sob o controle de um profissional de saúde, paciente ou consumidor (MENEGUETI et al., 2017).

Considerando que os erros de medicação, representa um dos principais eventos adversos causados ao paciente hospitalizado e que, para realizar o preparo, a administração e a manutenção de medicamentos é essencial que os profissionais tenham uma visão ampla da sua responsabilidade nesse processo, para não colocar em risco a segurança do paciente (JÚNIOR; GASPARINO, 2017).

Conforme o disposto nas leis vigentes no Brasil, o enfermeiro é responsável pela administração de medicamentos, entendido como o processo final de chegada da substância terapêutica ao organismo do paciente. Está incluída nesse processo a obrigatoriedade de obediência à prescrição médica com tudo que a envolve: dose, forma farmacêutica e via (ROCHA et al., 2010).

Portanto observou-se, na prática de uma emergência, que enfermeiros e sua equipe apresentaram certas dificuldades sobre o manejo de uma classe de medicamentos, os chamados medicamentos vasoativos, que frequentemente são utilizados para o tratamento dos pacientes mais graves e, por isso, deveriam requerer atenção redobrada em todos os aspectos (PAIM et al., 2017).

Através de um estudo conduzido por Silva et al (2019) identificou que o enfermeiro que atua em UTI's precisa deter conhecimentos farmacológicos, já que se trata de um setor em que existem medicamentos de alta vigilância, porém, o ensino de Enfermagem ainda deixa lacunas sobre este assunto, representando um desafio para os educadores no sentido de aprimorar a didática sobre o tema.

Um estudo conduzido por Rodrigues Júnior e Gasparino (2017) constatou que a maioria dos profissionais em unidades de terapia intensiva eram enfermeiros, técnicos em enfermagem seguidos por auxiliares de enfermagem, o que difere da legislação brasileira onde relata que os auxiliares não devem compor equipe em UTI. Mais preocupantes ainda foram os resultados obtidos pelos mesmos autores que relataram que a maioria dos profissionais que realizavam as administrações não obtiveram nenhum treinamento antes ou depois do início de suas atividades.

A equipe de enfermagem é responsável pelo preparo e administração das drogas vasoativas e tem papel preponderante na qualidade da assistência. E a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta importante para a prestação de um cuidado com qualidade, pois, permite elaborar planos de cuidados para pacientes em todas as faixas etárias, identificar os diagnósticos de enfermagem e prescrever as

intervenções cabíveis (DUARTE et al.,2017).

Em vista disso, é consensual entre os autores que a equipe de enfermagem necessita de conhecimento científico e conscientização profissional para garantir uma assistência segura, principalmente na administração de medicações de alta vigilância ou potencialmente perigosas. O profissional tem então a função de administrar as medicações, devendo reconhecer a importância do seu papel, de forma a desenvolvê-lo com segurança, responsabilidade, eficiência e eficácia (MELO et al, 2015).

5 | CONCLUSÃO

Diante disto a presente revisão de literatura integrativa nos permite concluir que o profissional de enfermagem possui a competência pela administração de drogas vasoativas, drogas essas que apresentam maior índice de erros, exigindo maior atenção na sua utilização.

Considera-se que para diminuir a ocorrência de eventos adversos oriundos de erros da administração da medicação, em pacientes hospitalizados ou pós-hospitalizados, os profissionais devem manter-se atualizados, realizando cursos para aprimoramento de suas técnicas e aquisição de novas experiências.

Enfatizamos que é de extrema importância o conhecimento acerca de farmacologia, dos efeitos das drogas, da execução e técnicas, do prontuário e histórico dos pacientes. O emprego das drogas vasoativas é de vital importância para a reversão de situações críticas, melhorando o prognóstico e a sobrevida dos pacientes. Essas drogas possuem, em geral, ação rápida e potente, porém seu índice terapêutico é baixo, devendo ser administradas mediante adequada monitorização hemodinâmica e laboratorial além de estabelecer boa comunicação entre toda a equipe de trabalho, visando a maior segurança do paciente. A qualificação dos profissionais vai promover a aquisição de habilidades motoras e intelectuais, o tornando mais capacitado e eficaz no desempenho de sua função.

Contudo acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para a qualificação do enfermeiro intensivista que lida diretamente com a administração de catecolaminas, desde seu preparo, administração e resultados esperados no paciente, bem como suas interações medicamentosas.

REFERÊNCIAS

DUARTE, F. H. S. et al. **Cuidados de enfermagem a pessoa idosa em uso de drogas vasoativas**. Anais V CIEH... Campina Grande: Realize Editora, 2017.

FERNANDES, B. C. et al. Competências do enfermeiro no processo de medicação em terapia com drogas vasoativas. In: BARBOSA, S. R. M. (Org.) **A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 4**. Ponta grossa: Atena, 2020. p. 57-64.

JUNIOR, O. J. R.; GASPARINO, R. C. **Drogas vasoativas: conhecimento da equipe de enfermagem**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 2, 2017.

MELO, E. M. et al. **Perfil clínico epidemiológico de pacientes em ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva**. Revista de enfermagem da UFPI, v. 4, n. 3, jul./set. 2015.

MENDONÇA, L. B. **A. Uso de catecolaminas de infusão contínua em pacientes de unidade de terapia intensiva**. Revista de Enfermagem, v. 6, n. 1, jan. 2012.

MENEGUETI, M. G. et al. **Erros no processo de medicação: proposta de uma estratégia educativa baseada nos erros notificados**. Revista de Enfermagem, v. 11, supl. 5, mai. 2017.

MORAIS, A. M. et al. **Exercício como mobilização precoce em pacientes com uso de drogas vasoativas**. Revista brasileira de fisiologia do exército, v. 19, n. 4, 2020.

PAIM, A. E. et al. **Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 3, mai./jun. 2017.

ROCHA, P. C. et al. **Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a importância da infusão continua de catecolaminas em unidades de terapia intensiva**. Revista mineira de enfermagem, v. 14, n. 4, out./dez. 2010.

SILVA, T. L. S. **Conhecimento de enfermeiros sobre drogas vasoativas**. Revista de Enfermagem, v. 13, e239528, 2019.

CAPÍTULO 7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM DOENÇA: UM OLHAR SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 13/06/2021

Idalina Cristina Ferrari
UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados
Doutoranda do Programa de `Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)
UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Docente do Curso de Enfermagem
Dourados - Mato Grosso do Sul
http://lattes.cnpq.br/2971313450082858
ORCID: 0000-0003-1966-8134

Fabio Juliano Negrão
UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados
Docente do Programa de `Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)
Docente do Curso de Medicina
Dourados - Mato Grosso do Sul
http://lattes.cnpq.br/3058224820874544
ORCID: 0000-001-9695-8851

Marcio Eduardo de Barros
UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados
Docente do Programa de `Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)
Docente do Programa de Pós Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde (PPGANS)
Docente do Curso de Medicina e Nutrição
Dourados - Mato Grosso do Sul
http://lattes.cnpq.br/4798510435828231
ORCID: 0000-0002-3136-2093

RESUMO: Introdução: Os profissionais da saúde devem ser capacitados continuamente para avaliar os usuários com doença Renal, de modo a perceber o contexto de vida, suas necessidades e assim coletar informações precisas para a melhor definição do plano de cuidado. O enfermeiro e o técnico de enfermagem são o elo entre paciente, família e os demais membros da equipe, esse compromisso tácito no cotidiano dos pacientes renais e família. No processo de educação continuada ao cuidado a equipe deve trabalhar coesa, humanizada e sempre valorizando a segurança do paciente. **Objetivo:** debater a educação continuada na segurança do paciente renal cuidado pela enfermagem. **Metodologia:** revisão de literatura sobre educação continuada na segurança do paciente renal. Foram acessados textos completos, livros e documentos, revisões sistemáticas seguidas ou não de meta-análises disponíveis *on line* em língua portuguesa, utilizando os descritores: educação permanente, enfermagem, insuficiência renal ou segurança do paciente, selecionando as publicações disponíveis nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMED, publicadas nos últimos 10 anos (2011 – 2021). **Resultado e Discussão:** O ambiente dos pacientes em tratamento renal é objeto da discussão para o saber do enfermeiro, que traz de seus conhecimentos prévios e da sua equipe, a educação continuada. A necessidade do profissional capacitado é emergente neste campo de alta complexidade e precisa de um desenvolvimento profissional com atualização técnico-científico. O cotidiano dos sujeitos, principalmente dos enfermeiros, mostra um movimento para a melhoria da educação

continuada no serviço, voltado para questões da humanização e melhoria da qualidade do atendimento em saúde, a intenção de contribuir para o serviço e transformar a realidade mediante discussões e reflexões. Essa área demanda da educação continuada tempo que muitas vezes acaba sendo voltada somente para serviço burocrático na assistência, requer um maior número de profissionais exclusivos para o planejamento das ações de ensino.
PALAVRAS - CHAVE: Educação Permanente, enfermagem, insuficiência renal ou segurança do paciente.

NURSING CARE FOR USER WITH KIDNEY DISEASE: A LOOK AT PERMANENT EDUCATION AND PACIENTY SAFETY

ABSTRACT: Introduction: Health workers must be continuously trained to assess patients with renal failure, in order to understand the patient life style, their requirement and thus to collect accurate information to care plan better definition. The nurse and the nurse´s assistant are the link between the patient, family and other healthcare team members, this unspoken commitment in the daily lives of renal patients and their families. In the process of continuing care education, the healthcare team must be in cohesive work, humanized practice and always valuing patient safety. **Objective:** to discuss the nursing continuing education in the safety of renal patients cared and its consequences. **Methodology:** The literature review on continuing education in renal patient safety was accessed in full texts, books, scientific documents, such original research papers or systematic reviews followed or not by meta-analyses. These Portuguese language literatures available online published in the last 10 years (2011 – 2021) were accessed using the descriptors: permanent education, nursing, renal failure or patient safety, selecting the publications available in the SciELO, LILACS and PubMED databases. **Results and Discussion:** The all healthcare aspect of patients undergoing renal treatment is the object of discussion for the nurses' knowledge, which brings out the importance of continuing education, the nurse individual previous knowledge and their team learning. The need for trained professionals is emerging. This highly complex field needs professional development with technical-scientific updating. The daily lives of healthcare works, especially nurses, show a movement to improve continuing education in the service, focused on issues of humanization and improving the quality of health care, the intention to contribute to the service and transform reality through discussions and reflections. However, the healthcare safety demands time from continuing education, this time often ends up being focused only on bureaucratic care in assistance. Additionally, the safety practice requires a greater number of professionals exclusive to plan teaching actions.
KEYWORDS: Continuing Education, Nursing, Kidney Failure or Patient Safety.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências (RIGOBELLO *et al.*, 2012). Os profissionais da saúde devem ser capacitados continuamente e estar qualificados para avaliar o paciente e entender o contexto que ele

vive suas necessidades e assim coletar informações precisas para a melhor definição do plano de cuidados para o tratamento renal. A compilação das evidências mundiais demonstra que aproximadamente 10%, em média, dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis, esse deve ser o foco da política em saúde, de modo que houve uma mudança na forma de prestação de cuidados, com o avanço dos conhecimentos científicos (BRASIL, 2014)

Para o enfrentamento da rotina diária é necessária a continua aprimoração do conhecimento. A educação continuada (EC) é tradicionalmente desenvolvida no setor saúde e de enfermagem como processo de extensão do modelo escolar e acadêmico, ênfase na ciência, bem como fonte de conhecimento, portanto, fundamentada na ciência técnica-científica, ressaltando os cursos e treinamentos orientados a cada categoria profissional (GIRADE, CRUZ STEFALLI, 2006; PEDUZZI *et al*., 2009).

Há mais de dois mil anos, na Grécia, Hipócrates já exemplificava a necessidade de um cuidado que em seu princípio, não cause dano. No entanto, as discussões sobre esta temática são recentes, e até pouco tempo os erros eram considerados inevitáveis e associados à falta de preparo profissional (BRASIL, 2014). A segurança do paciente, sua melhoria e, consequentemente, a qualidade da assistência à saúde tem sido, nos dias modernos, globalmente enfatizada e foi retratada com mais ênfase na Organização Americana da Saúde em 2004, sendo criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). No Brasil, em 2013 é editada a Portaria MS/GM nº 529, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014).

Desta forma, verificar se os profissionais continuam ou deixam os estudos após concluir a graduação ou o curso técnico é uma grande ferramenta para poder apontar possíveis lacunas na formação por conta das atualizações e inovações constantes relacionadas doença renal. Neste contexto o estudo teve como objetivo debater a educação continuada na segurança do paciente com doença renal.

METODOLOGIA

Utilizado a revisão da literatura existente sobre educação continuada e a enfermagem renal. Utilizado: teses, artigos e dissertações *on line*. Descritores: educação continuada, segurança do paciente e enfermagem renal. A seleção dos estudos pesquisados nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e PubMED. A seleção dos artigos foi conduzida baseando-se nos descritores e nas publicações dos últimos 10 anos (2011 – 2021).

RESULTADO E DISCUSSÃO

O enfermeiro e o técnico de enfermagem são o elo entre paciente, família e os demais membros da equipe e isso fica explicito no cotidiano dos pacientes renais, faz-se o papel de educador, orientador e condutor da equipe a trabalhar de uma forma segura, coesa e multidisciplinar. No processo de cuidado, o maior problema enfrentado é o dimensionamento da equipe de enfermagem de forma a garantir uma boa assistência. A enfermagem tem a carga temporal e emocional exigida ao cuidado do paciente, com grande influência na segurança do paciente. Esse processo, frequentemente, leva a postergação do exercício à educação continuada (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Ao discutir o papel da educação continuada na enfermagem e na prática do cuidado ao paciente com doença renal, traz-se à tona questões relacionadas à atualização da equipe de trabalho, bem como o nível de informação que a equipe busca para sanar possíveis dúvidas. Nesse contexto, o tratamento ao usuário com doença renal com profissionais capacitados e com olhar holístico, promove a qualidade do cuidado, e traz ao paciente e sua família segurança, diminuição do sofrimento pela ansiedade e falta de informação, a construção do relacionamento cuidado-família-cuidador gera confiança, e contribui no sucesso do tratamento proposto pela equipe multidisciplinar (SOUZA *et al.*, 2016).

Tanto nas instituições hospitalares quanto nas instituições ambulatoriais o tratamento para o paciente renal, a enfermagem desempenha um papel importante para a realização segura dos procedimentos assistenciais voltados para o paciente, além dessas ações, a orientação e a educação preventiva também se faz presente, visando o auto cuidado e facilitando a reintegração social deste cliente. A doença renal é um fator de riscos para muitas outras doenças e a segurança do paciente está intimamente ligada ao saber do profissional e da sua equipe, esta situação reflete como é importante a Educação continuada entre a equipe de enfermagem e a troca de saberes e interlocução com os demais membros da multiprofissional, objetivando neste paciente o cuidado dentro das especificidades da doença, de modo a preservar a saúde, evitar a evolução das doenças e promover a qualidade de vida do paciente (SOUSA *et al.*, 2019)

O ambiente dos profissionais e usuários com doenças renais, a discussão para o saber do enfermeiro, o que ele carrega e traz de seus conhecimentos prévios e da sua equipe, na educação continuada. A necessidade do profissional capacitado é emergente neste campo de alta complexidade e precisa de um desenvolvimento profissional com atualização técnico-científico por diversos meios. A instituição que vai abrigar este profissional, pública ou privada, precisa dar suporte para que a educação em saúde aconteça efetivamente, com encontros e sistemática para alcançar a eficiência, efetividade, eficácia, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (DONABEDIAN, 1990; BRASIL, 2014).

No contexto de um Sistema Único de Saúde, universal, a busca de conhecimento tem sido uma apreensão constante na trajetória evolutiva da biografia da enfermagem.

Essa preocupação reflete o empenho da equipe em inserir nos âmbitos de suas ações a arte coligado a ciência, a fim de enfrentar os desafios que lhes são impostos, e que já são pertinentes da própria profissão, de forma a valorizar-se nas relações com os assistidos e seus pares, e identificar-se como profissão no mundo. E, fazer da educação continuada um caminho a ser trilhado a fim de aprimorar a sua assistência aos humanos cuidados, sejam os pacientes ou seus familiares (BACKES *et al.*, 2012; BRASIL; 2014; SOUZA *et al.*, 2016).

A concepção de Educação Continuada é majoritariamente orientada para o preparo de determinada função e melhor desempenho do trabalhador com ênfase em treinamentos, palestras e cursos, tendo em vista a evolução científica e tecnológica (PEDUZZI; MONTANHA, 2010). Desse modo a educação continuada no setor saúde deve ser um procedimento vasto e abrangente, perpetrando parte de discussões sobre as políticas públicas de saúde que contenham as relações entre, educação e saúde, competência técnica e política e saber e poder, ainda para que se torne parte de uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de indivíduos e ser planejada conforme as necessidades individuais ou institucionais, ou seja, devem utilizar métodos que identifiquem o problema, levando em conta a realidade do local, para então propor soluções pautadas nas necessidades locais (BEZERRA *et al.*, 2012) .

É preciso compreender que educação é algo mais abrangente do que um grupo que se reúne para aperfeiçoar tecnológica e cientificamente, nesta perspectiva, por que não pensar em utilizar uma pedagogia problematizadora? Trazendo para as discussões as diferentes realidades e considerando o contexto socioeconômico, político, cultural e ideológico no qual o sujeito está inserido? A problematização facilita no momento da educação continuada como uma forma de ter mais atenção para o assunto e do espectador, profissional da saúde, de fazer uma ligação direta de pensamentos com o seu cotidiano, assim pode também falar das suas experiências anteriores positivas ou negativas frente ao tema discutido na educação continuada (MURBACK, 2008).

O conjunto dos relatos dos trabalhadores de enfermagem quanto aos resultados esperados em decorrência das atividades educativas mostra que predomina a expectativa de melhorar a qualidade de assistência, embora se observem diferentes sentidos para isso, em especial, no que se refere aos resultados a curto prazo e a médio e longo prazo (PEDUZZI, MONTANHA, 2010)

CONCLUSÃO

O cotidiano dos sujeitos, principalmente dos enfermeiros, mostra um movimento para a melhoria da educação continuada no serviço ao paciente renal, voltado para questões da humanização e melhoria da qualidade do atendimento em saúde, a intenção de contribuir para o serviço e transformar a realidade mediante discussões e reflexões. Essa área demanda da educação continuada demanda tempo que muitas vezes acaba

sendo voltado somente para assistência, requer um dimensionamento de pessoal maior para o planejamento das ações de ensino. Ao estabelecer prioridades para as pesquisas de modo a ampliar a produção e a difusão de conhecimento, e processo de pesquisa, trabalho e educação continuada devem oferecer um resultado de curto prazo, e nortear a médio e longo prazo as práticas e ações de modo a reforçar o uso de evidências e corrigir os rumos da educação continuada como política de segurança ao paciente.

REFERÊNCIAS

BACKES, D.S *et al*. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 1 [Acessado 12 Junho 2021] , pp. 223-230. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>. Epub 12 Junho 2021. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024.

BEZERRA ALQ, *et al*. **O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário**. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, *14*(3), 618–25. https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.12771

BRASIL. Anvisa-Ministério da Saúde. **Boletim Informativo sobre a Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Brasília, DF: GGTES/ANVISA, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/ BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 junho 2021.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.

GIRADE, MG, CRUZ EMNT, STEFANELLI, MC. **Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 105-110.

MURBACK, SESL. **Educação continuada em saúde coletiva: desafios e possibilidades**. 2008. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Unicamp.

OLIVEIRA AC, GARCIA PC, NOGUEIRA LS. **Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review**. Rev Esc Enferm USP. 2016 Jul-Aug;50(4):683-694. English, Portuguese. doi: 10.1590/S0080-623420160000500020. PMID: 27680056.

PEDUZZI M, *et al*. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.30, pp. 121-134.

PEDUZZI M, MONTANHA D. **Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 597-604.

RIGOBELLO MCG, *et al*. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.5, pp. 728-735.

SOUSA KHJF, *et al*. **Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care.** Rev Gaucha Enferm. 2019 Jun 10;40:e20180263. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263. PMID: 31188988.

SOUZA AC, **et al**. **Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis**. Rev Saude Publica. 2016 Dec 22;50:71. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006415. PMID: 28099657; PMCID: PMC5152803.

CAPÍTULO 8

PERCEPÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO NO ÂMBITO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ÂMBITO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/08/2021

Débora Guimarães Teixeira
Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente
Graduanda em Oncologia Pediátrica
Enfermeira no Hospital Pequeno Príncipe.
Curitiba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/7624415965075872

Jordana Canestraro Santos
Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente. Enfermeira no Hospital São Vicente de Paulo. Guarapuava – Paraná
http://lattes.cnpq.br/8314770856268928

Suelen Szymanski Sampaio
Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente. Graduanda em Ginecologia e Obstatrícia. Graduanda em UTI Pediátrica e UTI Neonatal. Enfermeira no Hospital Pequeno Príncipe. Curitiba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/9771348331654856

Alexa Aparecida Iara Marchiorato
Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdades Pequeno Príncipe. Tutora da Residência de Enfermagem em Área Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (FPP)
Curitiba - Paraná
http://lattes.cnpq.br/9328772671539603

RESUMO: A hospitalização é vista pelo paciente como um momento desagradável, de ansiedade e sensações desconfortáveis. O cuidado humanizado surgiu como proposta para acolher o paciente em sua integralidade em todas as suas particularidades e também no valor da vida. O estudo trata de um relato de experiência nos primeiros 6 meses de residência em saúde da criança e do adolescente, no período de março a agosto de 2019, nos campos de atuação na atenção primária e no âmbito hospitalar. Foi percebido a importância e diferença que há em um tratamento, quando se presta um cuidado humanizado. No âmbito hospitalar, entendeu-se que a visita nos quartos dos pacientes significou e representou muito mais que o saber se os pacientes tinham se alimentado e dormido bem, mas se concretizou como um momento onde os acompanhantes demonstravam segurança para conversar e desabafar suas angústias e preocupações. UBS. A partir desta experiência, sugere-se que os profissionais da saúde não levem a humanização como apenas mais um objetivo ou uma missão imposta a eles, mas sim, ofereçam um tratamento acolhedor, que envolva os pacientes e seus acompanhantes no cuidado, respeitando a individualidade de cada um, os tornando protagonistas do cuidado.

PALAVRAS - CHAVE: Humanização da Assistência; Pediatria; Cuidados de Enfermagem.

PERCEPTION OF HUMANIZED CARE IN THE CONTEXT OF A BASIC HEALTH UNIT IN THE HOSPITAL CONTEXT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Hospitalization is seen by the patient as an unpleasant moment, of anxiety and uncomfortable sensations. Humanized care emerged as a proposal to welcome patients in

their entirety in all their particularities and also in the value of life. The study deals with an experience report in the first 6 months of residency in child and adolescent health, from March to August 2019, in the fields of action in primary care and in the hospital environment. It was noticed the importance and difference that exists in a treatment, when humanized care is provided. In the hospital context, it was understood that the visit to the patients' rooms meant and represented much more than knowing whether the patients had eaten and slept well, but it was a moment where caregivers showed security to talk and vent their anxieties and concerns. UBS. From this experience, it is suggested that health professionals do not take humanization as just another objective or a mission imposed on them, but rather offer a welcoming treatment, involving patients and their companions in care, respecting individuality of each one, making them protagonists of care.
KEYWORDS: Humanização da Assistência; Padiatria; Cuidados de Enfermagem.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A hospitalização é vista pelo paciente como um momento desagradável, de ansiedade e sensações desconfortáveis, devido aos seus recursos dolorosos e tecnologias, sendo estas muitas vezes procedimentos invasivos. Morais *et al* (2009) destacam que o cuidado humanizado surgiu como proposta para acolher o paciente em sua integralidade, partindo de uma ação solidária apreciando o indivíduo doente em todas as suas particularidades e também no valor da vida, proporcionando um ambiente mais harmonioso e menos tenso, desenvolvendo um atendimento mais agradável e seguro.

Casete e Corrêa (2005) conceituam a palavra humanizar como o processo de reconhecer as pessoas como sujeitos que buscam nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, a resolução para as suas necessidades de saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O estudo trata de um relato de experiência em torno dos primeiros seis meses de residência em saúde da criança e do adolescente. Compreendeu o período de março a agosto de 2019 nos campos de atuação na atenção primária e no âmbito hospitalar. Neste período, pôde-se observar a importância do cuidado humanizado na visão do enfermeiro como contribuinte na qualidade da assistência ao paciente.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Foi percebido a importância e diferença que há em um tratamento, quando se presta um cuidado humanizado. No âmbito hospitalar, entendeu-se que a visita nos quartos dos pacientes significou e representou muito mais que o saber se os pacientes tinham se alimentado e descansado bem, se haviam conseguido ir ao banheiro e se possuíam alguma algia, mas se concretizou como um momento onde os acompanhantes demonstravam

segurança para conversar e desabafar suas angústias e preocupações, o que proporcionou a criação de vínculo e confiança entre a enfermagem com os pacientes bem como seus acompanhantes, proporcionando maior qualidade no cuidado e na recuperação dos pacientes.

A humanização no atendimento na unidade básica de saúde é essencial para o estabelecimento do vínculo com a criança, compreender sua realidade e contexto familiar respeitando suas necessidades faz toda diferença para o cuidado integral, amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o cuidado (NORA, 2013).

RECOMENDAÇÕES

A partir desta experiência, sugere-se que os profissionais da saúde, não levem a humanização como apenas mais um objetivo ou uma missão que a instituição propõe, mas que coloquem o significado da palavra em prática, oferecendo um tratamento acolhedor, que envolva os pacientes e seus acompanhantes no cuidado, respeitando a individualidade de cada um, os tornando protagonistas do cuidado. Ademais, propõe-se também, que o enfermeiro reavalie seu cuidado, de forma a entender que os princípios da bioética devem estar sempre intrínsecos em sua prática, contribuindo assim, para o respeito e o cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. **Cuidado humanizado de enfermagem**: o agir com respeito em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 60, núm. 5, octubre, 2007, pp. 546-551 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019610012> Acesso em: 06 de setembro de 2019.

CASETE, J. C., CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latino-Am Enf 2005;13(1):105-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/318> Acesso em: 06 de setembro de 2019.

MORAIS. G. S. N.; *et al.* **Comunicação Como Instrumento Básico no Cuidar Humanizado em Enfermagem ao Paciente Hospitalizado**. Rev. Acta Paul. Enferm. V. 22, N. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3> Acesso em: 28 agosto. 2019.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. **Política de Humanização na Atenção Básica**: Revisão Sistemática. Rev. de Saúde Pública. V. 47, n. 6, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581> Acesso em: 03 de setembro 2019.

CAPÍTULO 9

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE SERVIÇO PRIVADO BASEADO NO MODELO DONABEDIAN: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/08/2021

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
https://orcid.org/0000-0003-1851-2154

Siliana Martins Morais
https://orcid.org/0000-0003-4246-5204

Edivaldo Bazílio
https://orcid.org/0000-0001-7472-8393

Rivadávio Fernandes Batista de Amorim
https://orcid.org/0000-0001-6341-2027

André Ribeiro da Silva
https://orcid.org/0000-0002-2167-9345

RESUMO: **Objetivo**: Descrever procedimentos e fluxos operacionais para implementação de uma UTI baseada em novo conceito em saúde. **Método**: Relato de experiência do tipo descritivo de um projeto de estruturação física, funcional e de gestão de uma UTI. O projeto ocorreu em um complexo hospitalar que pretende alinhar o conceito de um hospital de excelência com o atendimento de um hotel seis estrelas. O modelo teórico para o estudo foi baseado no teorista Donabedian, o qual propõe categorizar as informações: estrutura, processo e resultados. **Resultados**: Foram apresentados neste estudo procedimentos adequados na implementação da UTI, demonstrado por parte da instituição e do Gestor em Enfermagem preocupação em oferecer um serviço de assistência em saúde com alta qualidade para seus pacientes. **Conclusão**: Para a implementação de serviços de UTI baseados em novos modelos de saúde, faz-se necessário um eficaz alinhamento e acompanhamento do modelo de gestão, planejamento estratégico e resultados, buscando humanização, conforto, segurança, qualidade de assistência e cuidado centrado no paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde, Gestão em Saúde, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem em Cuidados Intensivos, Hospitais Privados.

ABSTRACT: Objective: To describe procedures and operational flows for implementing an ICU based on a new concept in health. Method: Descriptive type experience report of a project of physical, functional and management structuring of an ICU. The project took place in a hospital complex that intends to align the concept of a hospital of excellence with the service of a six-star hotel. The theoretical model for the study was based on the theorist Donabedian, who proposes to categorize information: structure, process and results. Results: Appropriate procedures in the implementation of the ICU were presented in this study, demonstrated by the institution and the Nursing Manager that they are concerned with offering a high-quality health care service for their patients. Conclusion: For the implementation of ICU services based on new health models, an effective alignment and monitoring of the management model, strategic planning and results is necessary, seeking humanization, comfort, safety, quality of care and patient-centered care.

KEYWORDS: Process and Outcome Assessment in Health Care, Health Management, Intensive Care Units, Intensive Care Nursing, Private Hospitals.

INTRODUÇÃO

As unidades de Terapia Intensiva - UTI, surgiram com Florence Nightingale durante a guerra da Criméia. A referida enfermeira prestou cuidados aos feridos tratando separadamente os enfermos com quadros mais graves, pois entendia que estes deveriam ficar próximos à área de trabalho das enfermeiras. Com suas intervenções, a mortalidade no local sofreu reduções importantes, demonstrando que os pacientes precisavam de cuidados especializados e diuturnos durante todo o período do dia e também no período noturno[(1)].

Com a revolução industrial, houve aproximação da tecnologia com a esfera humana, e das intervenções nos campos terapêuticos e diagnósticos com o processo de cuidar da enfermagem. Diante destes avanços, tornou-se necessário maior aprimoração das práticas de enfermagem, que deixaram de ser baseadas em intervenções, passando a uma prática baseada em evidências científicas, contando com avanços tecnológicos e gerenciais importantes para o crescimento e o favorecimento do cuidado ao paciente grave[(2)].

Com os avanços dos procedimentos cirúrgicos e maiores cuidados requeridos diante dessas intervenções, houve a necessidade de serviços mais especializados, culminando no desenvolvimento das UTIs. Estes serviços foram ganhando formato e características próprias em sua estrutura física e de captação de recursos humanos, baseados em normas e resoluções governamentais, que definem conceitos e regras relacionados a estrutura física, arsenal e equipamentos de alta performance, fundamentais para auxiliar no diagnóstico, terapia e monitorização do paciente[(3-4)].

Pode-se observar ao longo de todos esses anos desde Florence, que houve diversos avanços, desde a capacitação de pessoas, equipamentos, estrutura e de processos de gestão. Atualmente existem diversos modelos e instrumentos teóricos criados para avaliação de serviços de saúde e dos cuidados de saúde prestados, podendo, no entanto, serem usados no processo contrário, servindo como orientação para a implantação e estruturação de novos serviços. O modelo de Donabedian é uma ferramenta de origem conceitual com este objetivo[(5)].

O modelo em questão propõe categorizar as informações a serem avaliadas em: estrutura, processo e resultados[(6)]. A primeira categoria é referente a estrutura física, recursos humanos, equipamentos, organização, formação do pessoal, financiamento e método de pagamento, e todos os demais fatores que interferem de forma direta ou indireta no contexto em que os cuidados de saúde são prestados, sendo, costumeiramente, de fácil observação e identificação de pontos críticos[(7)]. A segunda categoria, processo, é referente às transações entre pacientes e prestadores de cuidados, incluindo ações preventivas,

processos diagnósticos, tratamento e educação em saúde, pode ser classificada como processos técnicos, no que tange a execução dos cuidados de fato, e processos interpessoais, que analisam a forma como o cuidado é entregue ao paciente. Por fim, a categoria resultados, se refere aos efeitos dos cuidados prestados, incluindo alterações no estado de saúde, comportamento, hábitos, conhecimento e satisfação do paciente quanto ao cuidado recebido e à sua qualidade de vida. São muitas vezes vistos como o mais importante indicador de saúde por se tratar do objetivo principal de qualquer serviço de saúde[(6)].

Embora seja aplicado em muitos campos de cuidados de saúde, o Modelo Donabedian foi desenvolvido para avaliar a qualidade dos cuidados na prática clínica e desenhar conexões entre as categorias, criando uma relação de causalidade, útil para compreensão e planejamento de intervenções em saúde[(6)].

A escassez de estudos acerca do processo de implantação de um serviço de UTI, e todas suas etapas, motivou a redação do presente relato de experiência no processo de estruturação de uma UTI no contexto da área de enfermagem, que visa descrever as etapas seguidas pelos gestores de uma rede hospitalar, orientados pelo método Donabedian.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de descrição da experiência de gestores em um projeto de estruturação física, funcional e de gestão de uma UTI em uma instituição hospitalar privada, localizada no Centro Oeste do Brasil. O complexo hospitalar em questão, almeja aliar qualidade, segurança, ciência e tecnologia de excelência à um serviço de hotelaria de alto padrão, tendo como principal meta o paciente no centro do cuidado, proporcionando-lhe a melhor experiência durante sua jornada hospitalar.

O período para implantação do projeto foi entre dezembro de 2018 à junho de 2019, período que abrangeu as fases primordiais e definidoras para abertura do serviço. O modelo teórico usado como base foi a teoria de Donabedian, que define as etapas a serem seguidas, adequando às propostas discutidas mundialmente nos serviços de saúde no que se refere ao cuidado centrado no paciente.

Foram analisados como dados os eventos ligados diretamente e indiretamente com o projeto e as informações foram descritas de forma cronológica, de acordo com cada fase de estruturação, atendendo também as propostas gerenciais e assistenciais do serviço.

Implementação do serviço

A UTI deste hospital será composta por 30 leitos, com abertura planejada em 02 fases, sendo a primeira fase com 12 leitos, dos quais 3 serão dedicados exclusivamente para o transplante de Medula óssea, e os demais, para pacientes de perfis clínicos e cirúrgicos, e um segundo *ramp- up* com 18 leitos. Os requisitos de acordo com a proposta

de modelo a ser seguindo foram organizados em 2 grandes fases denominadas como Mapeamento de estrutura e processos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeira Fase: Mapeamento da estrutura

Estrutura física

Nesta primeira fase objetivou-se avaliar o tamanho da área da unidade, dimensões e quantidade dos leitos, áreas obrigatórias e capacidade de ocupação através das plantas do projeto de arquitetura levando-se em consideração, sobretudo, o perfil da população alvo a ser atendida.

Ainda nesta fase, as legislações vigentes relacionadas aos requisitos mínimos do projeto arquitetônico da UTI foram analisadas destacando-se as parametrizações exigidas para liberação de licença de funcionamento através da (RDC) Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002 e a RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010[8].

No que tange aos aspectos de segurança, conforto e funcionalidade fez-se necessário avaliar como seriam delineadas as seguintes áreas de modo a alcançar o modelo de “UTI ideal”, a saber: a área do paciente, de apoio clínico, de suporte e área destinada ao acolhimento familiar[9].

Nesta fase a equipe fez diversas visitas a obra, para acompanhar o andamento da construção comparando o projeto com construção de maneira apropriada, além de diversas reuniões de *follow-up* com o objetivo de alinhar o planejamento estratégico aos processos de trabalho.

Recursos materiais

No que se refere a estrutura física, foram consideradas as predefinições estruturais realizadas e, respaldada em legislação, pode-se definir a quantidade e tipo de materiais obrigatórios para adequado funcionamento, como camas elétricas, colchões, veículos de emergências, veículos de curativos e de coleta, estetoscópio, oftalmoscópio, macas, entre outras.

Nesta etapa foi instituído, pela gerência assistencial do serviço, a formação de um time responsável por se reunir com as equipes para alinhar quanto ao levantamento dos materiais, solicitações de compras, validação do material em quantidades, marca e modelo e acompanhamento quanto a entrega. Com o objetivo de não desviar as gestões de funções primordiais, contou-se com a ajuda de um representante da enfermagem para receber as notas e acompanhar as entregas, garantindo a conferência de cada item entregue pela gestora da área.

Com relação aos equipamentos da UTI, o dimensionamento está além do exigido

pela legislação em quantidade. Em relação à qualidade, segurança e tecnologia, os diretores entenderam a importância do investimento em qualidade técnica para auxilio diagnóstico e terapêutico do paciente gravemente enfermo.

Afim de gerenciar os recursos materiais para assegurar a eficácia e eficiência para a qualidade dos procedimentos e reduzir custos, foi criado um registro para controle de materiais e equipamentos, além dos treinamentos para garantir manuseio seguro.

Recursos Humanos

No que se refere a estrutura humana foi realizado o levantamento de pessoal e o custo fixo, uma vez que tem impacto direto na sustentabilidade da UTI. Apesar deste relevante critério, não se deixou de considerar a segurança da assistência, já que um paciente internado em uma UTI recebe por volta de 178 intervenções por dia, sendo que 1% delas envolve erros de medicação[8].

Diante disto e outras necessidades, o quadro de pessoal foi dimensionado além do que está proposto nas normas do (COFEN) Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Medicina (CRM) e RDC, com o objetivo de prestar uma assistência mais segura, integral, mapeando risco, estabelecendo barreiras de forma eficaz com condições de aplicar um plano de cuidado eficiente e seguro, pautado em barreiras e com o enfermeiro o máximo de tempo possível na beira do leito.

Assim sendo, o *Hadcount* da UTI foram foi composto da seguinte forma: enfermeira supervisora, enfermeiro administrativo, 17 enfermeiros de práticas assistenciais e de 28 técnicos de enfermagem para 12 leitos selecionados após o recrutamento e seleção do Recursos Humanos da instituição.

Nesta fase houve necessidade de ajustes, no que se refere a colaboradores que declinaram do processo, aqueles que não atendiam ao perfil previamente estabelecido, o qual incluía especialização na área, tempo de experiência e disponibilidade. Além da equipe de enfermagem foi definida a equipe médica, que contará com 01 médico plantonista intensivista para cada 5 leitos e 01 médico rotineiro para cada 10 leitos, além da equipe multidisciplinar.

É importante salientar que toda as etapas desta primeira fase aconteceram de forma simultânea, executadas pelo gestor, que se organizou em cronograma para cumprimento destas etapas até a chegada do primeiro grupo contratado para auxiliar no desenvolvimento dos treinamentos e processos de trabalho.

Segunda fase: Processos

Entendimento da cadeia de valor

Após toda definição da estrutura, que seguia sendo trabalhada de forma paralela, foi se definindo a metodologia para atender ao principal objetivo, o resultado (qualidade técnica, qualidade percebida e financeira da instituição). Considerado como um conjunto

de tarefas ordenadas e organizadas por etapas, finalidades e passos com início e final definido, agrega valor a partir de insumos e informações, e gera resultados palpáveis para a organização.

Com isso o gestor deste processo buscou conhecer quem seriam seus fornecedores internos e seus clientes, sendo o paciente o centro de nossas atividades. As unidades que configuram possível origem de pacientes para UTI são o centro cirúrgico, emergência, (TMO) transplante de medula óssea e Pronto Atendimento, e a unidade de destino utilizará de todos os recursos descritos acima para garantir o melhor desfecho clínico aos nossos clientes, que posteriormente seguirão para unidades de menor complexidade do nosso hospital, como as unidades de internação cirúrgica, clínica médica, ou externamente como *homecare.* Os acordos dos clientes externos já foram previamente definidos e contratualizados, além de definidos os tempos de serviços de cada um deles.

Criação do fluxo do paciente e mapeamento dos riscos: modelagem do processo unidade de terapia intensiva

Nesta fase buscou-se o desenvolvimento de uma UTI de alta performance e para isso fez-se necessário algumas definições como: o fluxo do paciente para a UTI, definição da área de circulação técnica, admissão e alta da UTI, o processo de solicitação de vaga para pacientes internos e externos, o qual contará com o apoio da equipe de gestão de leitos, e de forma indireta da equipe de higienização e hotelaria no processo de liberação dos leitos. O mapeamento de cada etapa deste fluxo será realizado numa segunda etapa após a abertura do hospital em coparticipação da equipe de qualidade, porém os riscos serão definidos durante a admissão do paciente.

Admissão

Quanto ao processo de admissão, a UTI seguirá os critérios definidos pela resolução do (CFM) Conselho Federal de Medicina, pautados em prioridades e por diagnósticos[8,10], o processo de transferência para UTI foi definido junto aos fornecedores internos, bem como, a solicitação e a viabilização do leito já contratualizados.

Terapia Intensiva Multidisciplinar

Após o mapeamento de risco, faz-se necessário as definições do plano terapêutico no qual será definido qual o tipo de tratamento o paciente receberá, os recursos tecnológicos, medicamentos, cuidados e os profissionais necessários para os respectivos procedimentos. A elaboração do plano terapêutico neste serviço será realizada pela enfermeira de rotina semanalmente sendo atualizada no *round*.

Preparação para alta e desospitalização

A alta nesta UTI iniciará no momento de admissão do paciente, quando é estabelecido o plano terapêutico, no qual deve ser estimado o tempo para alta da unidade e ou desospitalização. Além disso, a alta seguirá os mesmos critérios propostos pela

resolução[10], no entanto, deve estar em comum acordo com o médico assistente do paciente. Foram padronizados modelos de checklist para auxiliar as equipes no processo de alta segura, e o plano de educação de alta.

Resultado e tecnologia

Nesta etapa ainda em construção, iremos acompanhar todos os processos mapeados e projetados. Utilizaremos os indicadores definidos conforme instrução normativa nº.4, de 24 de fevereiro de 2010, além dos fornecidos pelo sistema EPIMED de UTI[11] para prognósticos, escala de carga de enfermagem – NAS, entre outros, que auxiliarão na implementação de medidas e ações para correção e melhor desfecho.

Quanto a tecnologia adotada, será utilizado prontuário eletrônico, e o sistema de checagem pelo APOID, com objetivo de reduzir tempo, melhor praticidade e informação segura.

Experiência do paciente como resultado do processo

Consiste na realização de uma assistência que garanta o máximo de qualidade e o mínimo de risco para os nossos pacientes. Com o objetivo de buscar a melhor estratégia de qualidade e proporciona-las aos nossos pacientes, o serviço trabalha com treinamento contínuo às áreas, envolvendo capacitação dos executantes para educação continuada. Inicialmente iremos iniciar com rodas de conversas entre as equipes com o objetivo de entender experiências negativas e traçar ações em conjunto para ajuste do processo, será também instituído diariamente as rondas à beira do leito diariamente pelos gestores médicos e de enfermagem, para proporcionar segurança, confiabilidade aos nossos clientes, o planejamento do cuidado será realizado a beira do leito com participação do familiar com o princípio de engajar famílias no seu cuidado e nas barreiras de eventuais eventos. No futuro, tudo isso porque o quantitativo de pessoal favorece de forma contínua trará resultados assistenciais seguros.

Gestão de custo e sustentabilidade financeira da UTI

Apesar do grande investimento aplicado nesta instituição e com a elevação crescente dos custos para o atendimento das diferentes necessidades de atendimento, haverá conscientização para uso racional dos recursos, onde todas as condutas discutidas durante o *round* deverão estar pautadas em evidências científicas. Apesar de serem instituídos diversos protocolos que nos ajudará nas definições de processos, e pela UTI ser um serviço no qual é necessário agilidade, articulação, equipamentos de alta tecnologia, para garantir de continuidade será trabalhado com a ferramenta de ciclo de (PDCA), aonde P (*plan*) é planejar, D (*do*) executar (*check*) checar e (*act*) agir, onde nosso foco estará em planejar, executar, checar e agir com as devidas correções para aqueles que se tornam inviáveis para o bom resultado do processo.

CONCLUSÃO

Pode-se observar que a implementação de um serviço de UTI envolve conhecimento técnico- científico alinhado as normas e resoluções com envolvimento de múltiplos sujeitos para definição de recursos materiais, humanos e estruturais. Para o desenvolvimento deste processo, fez necessários discussões contínuas do modelo de gestão, exigindo uma gestão focada nos objetivos e propósitos baseados no modelo de negócio. Para que o serviço de implantação tomasse forma, foram alinhados o modelo de gestão, planejamento estratégico e resultados, buscando humanização, conforto, segurança, qualidade de assistência e cuidado centrado no paciente.

Um dos desafios encontrando ao longo da estruturação do projeto relacionou-se à serviços especializados e dupla jornada de trabalho, no entanto, foram alinhados ao processo intensificado de educação continuada, com o objetivo de qualificar a equipe e minimizar o impacto de tais questões. Treinamento, desenvolvimento de habilidades e capacitação foram pontos focais na busca por resultado satisfatório.

Dentre as principais perspectivas deste modelo de negócio destaca-se acompanhar os processos de trabalho e garantir a melhor experiência de hospitalização associada com o melhor aproveitamento dos recursos humanos, estruturais e tecnológicos.

REFERÊNCIAS

1. Florence CDE, Uma N, Literatura IDA. Florence Nightingale's contributions: an integrative review of the literature. 2013;17(3):573–9. DOI: 10.1590/S1414-81452013000300024.

2. Viana R, Torre M. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas. 1st ed. Barueri-SP: Manole; 2017.

3. Montenegro W, Coutinho T, Santos J. Gestão de unidades de terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Vargas M, Nascimento E, editors. Porto Alegre: PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. (Sistemas de Educação Continuada a Distância;v.2). Artmed Panamericana; 2017. 45–80 p.

4. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. Esc. Anna Nery. 2015;19(2):252–8. DOI: 10.5935/1414-8145.20150033.

5. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem Fund Q. 1966; 44(3):Suppl:166-206. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

6. Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science. May 26;200(4344):856-64. DOI: 10.1126/science.417400.

7. Donabedian A, Wheeler HRC, Wysze-Wianski L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. Med Care. 1982; 20(10):1975-92.

8. Brasil. Resolução RDC nº07, de 24 de fevereiro de 2010. In: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. 2010 [cited 2021 Abr 02]. 11 p. Available from: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010.

9. Thompson D, Hamilton D, Cadenhead C, Swoboda S, Schwindel S, Anderson D, et al. Guidelines for intensive care unit desing. Crit Care Med. 2012;40(5):1586–600. DOI:10.1097/CCM.0b013e3182413bb2

10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº2156, de 28 de Outubro de 2016. 2016 [cited 2021 Abr 02]. 07 p. Available from: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/CFM_resolucao_2156_2016.pdf.

11. Epidem Solutions. Sistema Epimed Monitor. [cited 2021 Abr 02]. Available from: https://www.epimedsol utions.com/solucao/uti-adulto/

CAPÍTULO 10

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 27/07/2021

Fernanda Rodrigues Chagas
Prefeitura de Camaquã
Camaquã - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-2218-3456

Aline dos Santos Duarte
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-5357-1179

Tábata de Cavatá Souza
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-7758-218X

Daiane da Rosa Monteiro
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-4867-7219

RESUMO: No Brasil, o serviço de urgência e emergência é visto pela população como um acesso fácil ao sistema de saúde, ocasionando a superlotação das unidades de pronto atendimento. A implantação do acolhimento com classificação de risco foi feita com o objetivo de priorizar o atendimento dos usuários com casos mais graves, reduzindo as internações e a mortalidade. Esta pesquisa buscou apresentar uma revisão integrativa da literatura sobre o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), tendo como foco a percepção dos profissionais acerca dos benefícios e das dificuldades desse processo de trabalho. Sete artigos originais, publicados entre 2015 e 2019, foram selecionados nas bases indexadoras SciELO e LILACS para compor o estudo. Os resultados mostraram que a classificação de risco tem cumprido seu objetivo principal, mas ainda existem fatores que atrapalham a execução adequada dessa triagem. Os maiores problemas apontados foram a falta de informação da população sobre os serviços de saúde e a escassez de investimentos na qualificação continuada dos enfermeiros que trabalham com ACCR.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Acolhimento. Classificação de Risco. Pronto Atendimento.

NURSES' PERCEPTION ABOUT WELCOME WITH RISK CLASSIFICATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: In Brazil, the urgency and emergency service is seen by the population as an easy access to the health system, causing the overcrowding of emergency care units. The implementation of reception with risk classification was carried out with the aim of prioritizing the care of users with more severe cases, reducing hospitalizations and mortality. This research sought to present an integrative literature review on the role of nurses in **User Embracement** with Risk Classification, focusing on the perception of professionals about the benefits and difficulties of this work process. Seven original articles, published between 2015 and 2019, were selected from the SciELO and LILACS indexing databases

to compose the study. The results showed that the risk classification has fulfilled its main objective, but there are still factors that hinder the proper execution of this screening. The biggest problems pointed out were the population's lack of information about health services and the lack of investments in the continued qualification of nurses working with **User Embracement** with Risk Classification.
KEYWORDS: Nursing. User Embracement.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde procura, desde sua criação, separar as demandas da população em níveis de complexidade, organizando o fluxo de pacientes de acordo com as necessidades individuais e regionais. No entanto, grande parte da população ainda vê os serviços de urgência e emergência como uma porta de entrada para o sistema de saúde, ocasionando uma inversão de fluxo entre a atenção básica e o pronto atendimento (RONCALLI et al., 2017). Esse fenômeno leva estas unidades à superlotação, com uma quantidade de pacientes constantemente maior que a capacidade de absorção do serviço.

Na UPA, o atendimento por ordem de chegada, sem triagem ou uso de critérios clínicos, agrava a situação de superlotação e a sobrecarga da equipe, além de permitir que as situações mais urgentes se agravem durante o tempo de espera (BRASIL, 2009). Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), que propôs a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), a fim de priorizar o atendimento conforme o grau de sofrimento ou a gravidade do quadro (BRASIL, 2011).

Como responsável pelo ACCR, o enfermeiro é o profissional mais indicado para opinar sobre a classificação de risco nas unidades de pronto atendimento, uma vez que convive constantemente com suas potencialidades e fragilidades. Dessa forma, o presente trabalho buscou realizar uma revisão integrativa da literatura nacional, com o objetivo de compreender, por meio da percepção de enfermeiros que atuam na classificação de risco, como funciona atualmente essa atividade, seus benefícios e limitações, bem como seu impacto na organização do serviço de urgência.

2 | METODOLOGIA

2.1 Delineamento

Este artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura científica nacional acerca da percepção do enfermeiro sobre a classificação de risco no pronto atendimento. O presente estudo foi elaborado a partir das seguintes etapas: identificação do tema e da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos; avaliação

dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

2.2 Bases indexadoras

A busca pelo material se deu nas bases indexadoras SciELO e LILACS, a partir dos termos "enfermagem", "classificação de risco" e "pronto atendimento". Foram considerados artigos publicados entre 2015 e 2019, avaliados por pares, que continham as palavras-chave no título ou resumo, e com temática pertinente aos objetivos da revisão, desconsiderando-se artigos repetidos. A pergunta norteadora da pesquisa foi: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o acolhimento com classificação de risco nos serviços de pronto atendimento?

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) artigos empíricos; (b) trabalhos realizados no Brasil; (c) estudos publicados em português; (d) artigos disponíveis na íntegra; (e) público-alvo: profissionais de enfermagem que trabalham com classificação de risco em pronto atendimento. Os critérios de exclusão foram assim definidos: (a) estudos que não respondam à questão norteadora definida; (b) artigos de revisão de literatura; (c) artigos em outras línguas além do português.

2.4 Coleta e Análise de Dados

O levantamento dos dados foi realizado no mês de outubro de 2020. As buscas iniciais ocorreram a partir das palavras-chave selecionadas e foram encontrados 11 artigos, na base indexadora SciELO, e 25 no LILACS. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi definida a amostra final com 7 artigos. Inicialmente foram observadas as características descritivas dos artigos, seguida da leitura integral e da análise de conteúdo, visando responder à pergunta norteadora.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa bibliográfica e seleção de artigos resultou em sete referências atualizadas e pertinentes acerca do tema proposto, que forneceram embasamento para compreender melhor a percepção do profissional de enfermagem sobre a classificação de risco no pronto atendimento. A Tabela abaixo apresenta as especificações sobre os artigos selecionados.

Título	Autoria	Descrição do Artigo
Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento	PRUDÊNCIO et al., 2016	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com entrevistas a enfermeiros de UPA
O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risc	RATES et al., 2016	Estudo qualitativo, com entrevistas a enfermeiros de UPA.
Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo	HERMINDA et al., 2018	Estudo avaliativo, descritivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados de enfermeiros de UPA.
Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros	HERMINDA et al., 2017	Estudo descritivo com abordagem qualitativa e entrevista com enfermeiros de UPA.
Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência	DURO et al., 2017	Estudo descritivo quantitativo, com coleta de dados de enfermeiros pesquisadores em ACCR.
Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco	RONCALLI et al., 2017	Estudo qualitativo, com entrevista a enfermeiros de UPA.
Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento	GOUVEIA et al., 2019	Estudo transversal e quantitativo, com entrevistas a enfermeiros de UPA.

Tabela - Artigos selecionados nas bases de dados SciELO e LILACS sobre o tema

O discurso dos entrevistados foi constante, na maioria dos estudos, ao apresentar suas percepções sobre o ACCR, as vantagens dessa prática e as principais dificuldades para sua realização adequada. Prudêncio et al. (2016), avaliaram a percepção de 21 enfermeiras sobre o acolhimento com classificação de risco (ACCR) e as dificuldades para realizá-lo. Os profissionais reconheceram a importância da classificação de risco no serviço de pronto atendimento, ao organizar o fluxo e priorizar os casos mais graves. Da mesma forma, outro estudo mostrou que, na visão do enfermeiro, o ACCR é um importante instrumento para a construção das redes de atenção e deve receber um olhar diferenciado, buscando proporcionar melhor qualidade de atendimento ao usuário (GOUVEIA et al., 2019).

Rates et al. (2016), descreveram o processo de trabalho do enfermeiro no ACCR através de entrevistas com 20 profissionais de UPAs. A priorização do atendimento ao paciente com alto risco foi reconhecida como principal finalidade da classificação de risco, seguida de orientação e esclarecimento ao usuário. Esses achados concordam com a percepção dos enfermeiros no estudo de Gouveia et al. (2019), que acreditam que o ACCR tem cumprido o objetivo principal de atender conforme a gravidade do caso, não por ordem de chegada.

Na visão dos profissionais, a utilização de um protocolo para o ACCR é indispensável para otimizar a assistência aos pacientes com quadros de urgência e emergência. No entanto, deve servir como suporte à sistematização do trabalho do profissional de enfermagem, pois o mecanismo não exclui a importância da experiência profissional e da consulta de enfermagem, uma vez que inúmeras variáveis podem interferir no processo (PRUDÊNCIO et al., 2016). Desse modo, a escuta qualificada, apesar da alta demanda, se mostra essencial para a realização adequada do acolhimento e da estratificação de risco (GOUVEIA et al., 2019).

Enfermeiros são os profissionais indicados para atuar no ACCR, pois possuem conhecimentos para a definição da prioridade de atendimento, processo que pode ser favorecido pela aplicação da metodologia em sua totalidade (PRUDÊNCIO et al., 2016). O processo de trabalho do enfermeiro no ACCR em UPA é reconhecido por seus elementos e tecnologias. O tempo de escuta, a necessidade de orientação ao usuário, a integração da equipe e a valorização de saberes são aspectos que devem ser considerados e destacados (RATES et al., 2016).

As entrevistas de Prudêncio et al. (2016) também evidenciaram fatores que influenciam as ações no ACCR, tais como: motivação com o atendimento realizado, satisfação com o processo de trabalho, infraestrutura, educação e informação da população atendida e aplicação do protocolo específico, sem renunciar ao acolhimento integral.

Outro estudo que corrobora esses dados mostrou que o processo de trabalho foi relacionado pelos profissionais às queixas dos usuários e à articulação com instrumentos e saberes dos enfermeiros (RATES et al., 2016). A sensibilidade foi classificada como qualificadora da escuta, sendo necessária para a boa relação com o paciente. O conhecimento foi entendido como uma extensão do profissional, direcionando o cuidado.

Duro et al., (2017) pesquisaram a opinião de enfermeiros pesquisadores especialistas sobre a classificação de risco. Foi identificado que o ACCR organiza o fluxo de pacientes e, nos casos mais graves, reduz o tempo de espera. Os profissionais indicaram que, com o ACCR, é possível avaliar a prioridade de atendimento, através de conhecimento clínico, da experiência profissional e de saberes decorrentes da prática exercida no contexto do serviço de saúde de urgência. A gestão de conflitos também foi uma característica apontada como primordial para a execução adequada da classificação de risco.

Herminda et al, (2017) entrevistaram nove enfermeiros de uma UPA sobre a percepção acerca da classificação de risco. A classificação de risco, na percepção dos entrevistados, além de priorizar o atendimento de acordo com a gravidade, dá segurança ao profissional. Por outro lado, cada enfermeiro avalia, classifica e registra de um jeito diferente. Desta forma, apesar de compreender a importância da classificação de risco, encontram dificuldades na unificação da conduta para utilização dessa ferramenta, indicando a necessidade da educação continuada dos profissionais para melhor organizar o atendimento.

No ano seguinte, Herminda et al. (2018), descreveram a avaliação da estrutura, processo e resultado do ACCR, na perspectiva de 37 médicos e enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento. As dimensões avaliaram, respectivamente, as instalações da unidade, as atividades e relações no atendimento e seus efeitos. As três dimensões foram avaliadas como precárias, com destaque para o processo, que teve a pior avaliação. Gouveia et al. (2019), também avaliaram as dimensões do serviço de ACCR através de entrevistas individuais com 63 enfermeiros. A maioria dos participantes classificou a estrutura como precária e o processo e o resultado como satisfatórios.

Os participantes do estudo de Gouveia et al. (2019), reconheceram que, como responsável pelo ACCR, o enfermeiro precisa se manter em constante atualização. No estudo de Herminda et al. (2018), os itens “treinamento periódico” e “discussão sobre o fluxograma”, das dimensões estrutura e processo, tiveram as piores avaliações, indicando necessidade de investimentos e adaptações que melhorem esses aspectos.

Para os entrevistados, a falta de estrutura organizacional e a desarticulação dos serviços da rede de atenção às urgências acarretam problemas de segurança e privacidade ao paciente. O acolhimento durante a recepção nas situações de urgência também foi apontado como uma dificuldade do processo. Outra importante questão identificada foi a falta de capacitação periódica para os profissionais que exercem o ACCR (DURO et al., 2017).

Roncalli et al. (2017), buscaram compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester na UPA, através de entrevista aberta com 12 enfermeiros. Foi recorrente a opinião que o ACCR é necessário nos serviços de urgência para melhorar a assistência, garantindo o acesso universal e a resolutividade das ações em saúde. Todavia, foi apontada uma inversão de fluxo constante entre a rede básica e os serviços de urgência, que resulta em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho.

A implantação de estratégias de informação à população é uma necessidade apontada pelos profissionais, a fim de evitar a superlotação dos serviços de pronto atendimento e redistribuir as demandas para as devidas unidades de saúde (PRUDÊNCIO et al., 2016). Os resultados mostraram que faltam informação e comunicação eficaz com a comunidade, através de investimento na educação em saúde da população, por exemplo, para que os usuários conheçam a real função de um atendimento de urgência e emergência, evitando a sobrecarga do serviço (RONCALLI et al., 2017).

Além de orientar o usuário sobre o sistema de saúde, é preciso investir em ações de educação continuada permanente para os profissionais, mantendo-os atualizados, promovendo a padronização dos registros das classificações de risco e o comprometimento dos profissionais com sua efetivação, buscando sempre qualidade, resolutividade e continuidade do cuidado (HERMINDA et al., 2017).

Outro estudo que corrobora esses dados mostrou que o processo de trabalho foi relacionado pelos profissionais às queixas dos usuários e à articulação com instrumentos

e saberes dos enfermeiros (RATES et al., 2016). A sensibilidade foi classificada como qualificadora da escuta, sendo necessária para a boa relação com o paciente. O conhecimento foi entendido como uma extensão do profissional, direcionando o cuidado.

Nos estudo de Duro et al., (2017) foi identificado que o ACCR organiza o fluxo de pacientes e, nos casos mais graves, reduz o tempo de espera. Os profissionais indicaram que, com o ACCR, é possível avaliar a prioridade de atendimento, através de conhecimento clínico, da experiência profissional e de saberes decorrentes da prática exercida no contexto do serviço de saúde de urgência. A gestão de conflitos também foi uma característica apontada como primordial para a execução adequada da classificação de risco.

Nenhum item relacionado ao Acolhimento com Classificação de Risco foi considerado plenamente satisfatório pelos entrevistados. A "Priorização dos casos graves" e o "Atendimento primário por gravidade do caso", componentes da dimensão resultado, foram classificados pelos profissionais como tendo a maior importância. Tais itens estão intimamente ligados à atuação do enfermeiro no ACCR e demonstram a importância desse profissional (HERMINDA et al., 2018).

Os resultados mostraram que falta informação e comunicação eficaz com a comunidade, através de investimento na educação em saúde da população, por exemplo, para que os usuários conheçam a real função de um atendimento de urgência e emergência, evitando a sobrecarga do serviço (RONCALLI et al., 2017). Além de orientar o usuário sobre o sistema de saúde, é preciso investir em ações de educação continuada permanente para os profissionais, mantendo-os atualizados, promovendo a padronização dos registros das classificações de risco e o comprometimento dos profissionais com sua efetivação, buscando sempre qualidade, resolutividade e continuidade do cuidado (HERMINDA et al., 2017). qualificação continuada dos profissionais que executam o ACCR também é imprescindível e aumenta a eficácia do serviço (PRUDÊNCIO et al., 2016).

4 I CONCLUSÃO

A implantação, ainda que recente do acolhimento com classificação de risco, já demonstra suas vantagens e fragilidades. Na percepção dos enfermeiros, o ACCR é um instrumento importante para a organização da rede de atenção à urgência, melhorando a qualidade de atendimento ao usuário. Os entrevistados reconhecem a importância da classificação de risco no serviço de pronto atendimento, ao organizar o fluxo, reduzir o tempo de espera e priorizar os casos mais graves.

REFERÊNCIAS

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria nº1600. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: M, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL - Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: MS, 2009. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf

DURO, C. et al. Nurses' opinion on risk classification in emergency services. REME – Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. *21,* e-1062, 2017. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170072. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1200. Acesso em: 20 jul. 2021.

GOUVEIA, M. et al. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento. REME – Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 23, e-1210, 2019. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190058. Disponível em: reme.org.br/artigo/detalhes/1354. Acesso em: 20 jul. 2021.

HERMIDA, P. et al. Risk classification in an emergency care unit: the nurses' discourse. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v. 25, e19649, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649. Disponível em: e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19649/21724. Acesso em: 20 jul. 2021.

HERMIDA, P. et al. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 52, e03318, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=en. Acesso em: 20 jul. 2021.

PRUDÊNCIO, C. et al. Perception of nurses on patient admission with risk rating of the Emergency Care Service. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, Abr. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14917. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917. Acesso em: 21 jul. 2021.

RATES, H. et al. Work process of nurses in the reception with risk rating. REME – Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 20, e969, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160039. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e969.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

RONCALLI, A. et al. Manchester protocol and user population in the risk assessment: the nurse's view. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 31, e16949, Out. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000200305. Acesso em: 21 jul. 2021.

CAPÍTULO 11

ADESÃO DOS ENFERMEIROS À IMPLANTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/08/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada
Instituto Nacional do Câncer (INCA), Divisão de Enfermagem (DIVENF)
Rio de Janeiro - RJ
http://orcid.org/0000-0001-5692-0699
http://lattes.cnpq.br/5633590226268881

Ana Karine Ramos Brum
Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)
Niterói - RJ
https://orcid.org/0000-0002-1071-3587
http://lattes.cnpq.br/7885635675479305

Érica Brandão de Moraes
Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)
Niterói – RJ
https://orcid.org/0000-0003-3052-158X
http://lattes.cnpq.br/2265220151524135

Rachel Garcia Dantas Cesso Suzart
Instituto Nacional do Câncer (INCA), Divisão de Enfermagem (DIVENF)
Rio de Janeiro – RJ
https://orcid.org/0000-0001-6075-4638
http://lattes.cnpq.br/5880960552362366

Ana Zelia Lima Barreto da Costa Pinto
Instituto Nacional do Câncer (INCA), Divisão de Enfermagem (DIVENF)
Rio de Janeiro – RJ
https://orcid.org/0000-0002-1867-4949
http://lattes.cnpq.br/1110766979767759

Silvia Marques Lopes
Instituto Nacional do Câncer (INCA), Divisão de Enfermagem (DIVENF)
Rio de Janeiro – RJ
https://orcid.org/0000-0001-5045-4789
http://lattes.cnpq.br/1327735270964479

RESUMO: **Objetivo:** Descrever a experiência e os resultados da adesão dos enfermeiros à prática educativa para implantação da visita pré-operatória de enfermagem. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A visita pré-operatória de enfermagem foi implantada e continuada com a participação dos enfermeiros do bloco cirúrgico (centro cirúrgico, recuperação da anestesia e centro de material e esterilização), além dos residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Foi utilizado um instrumento (formulário) padronizado para um atendimento sistematizado, que contempla perguntas e orientações pertinentes ao período perioperatório (pré, trans e pós-operatório),elaborado a partir das principais identificações (diagnósticos) dos riscos. **Resultados:** Todos os enfermeiros (seis) aderiram ao processo da visita pré-operatória com satisfação da busca pela qualidade da assistência e segurança do paciente. A visita pré-operatória tem sido utilizada como indicador de qualidade e mensurado os eventos adversos no período transoperatório, a fim de minimizar os riscos e efetuar as intervenções, tais como os planos de cuidados de enfermagem. **Conclusões:** É importante compreendermos o entendimento que as pessoas envolvidas têm sobre a temática

e quais são os fatores que a permeiam. Neste caso, os enfermeiros entenderam que a visita pré-operatória permite e considera a individualidade de cada paciente, e ao mesmo tempo direciona a identificação das necessidades do paciente que possam interferir durante o procedimento cirúrgico. Um dos pontos que se destaca é a relação de cuidado gerada na visita pré-operatória entre o enfermeiro e o paciente.
PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória; Riscos; Segurança do Paciente;

NURSES 'ADHESION TO THE IMPLEMENTATION OF THE PRE-OPERATING NURSING VISIT: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: To describe the experience and results of nurses' adherence to educational practice for the implementation of the preoperative nursing visit. **Methods:** Descriptive study, of the experience report type. The preoperative nursing visit was implemented and continued with the participation of nurses in the operating room (operating room, recovery from anesthesia and material and sterilization center) in addition to nursing residents from the Multiprofessional Residency Program in Oncology. A standardized instrument (form) was used for systematized care, which includes questions and guidelines relevant to the perioperative period (pre, trans and post-operative), prepared from the main identifications (diagnoses) of the risks. **Results:** All nurses (six) adhered to the preoperative visit process with satisfaction of the search for quality of care and patient safety. We have used the preoperative visit as a quality indicator and measured adverse events in the transoperative period, in order to minimize risks and carry out interventions, carrying out nursing care plans. **Conclusions:** It is important to understand the understanding that the people involved have about the theme and what are the factors that permeate it, in this case, the nurses understood that the preoperative visit allows and considers the individuality of each patient, and at the same time directs the identification of the patient's needs that may interfere during the surgical procedure. One of the points that stands out is the care relationship generated in the preoperative visit between the nurse and the patient.
KEYWORDS: Surgical Center Nursing; Perioperative Nursing; Scratchs; Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro uma visão integral das necessidades humanas do paciente e de sua família. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que ajuda o enfermeiro na prática** profissional. De acordo com a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), a SAE tornou-se obrigatória tanto em instituições públicas ou privadas de Saúde (SOBECC, 2017). Um dos modelos utilizados na SAE é a **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).** Em 1985, a SAEP foi proposta com a finalidade de um modelo assistencial denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) com o propósito de promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, no qual o paciente

é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado, além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990). A SAEP é uma atividade realizada privativamente pelo enfermeiro com conhecimento técnico e científico (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006). É importante considerar, também, que a SAEP é uma exigência do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) (BRASIL, 1986). Todos os registros respaldam o cuidado de enfermagem prestado ao cliente no Centro Cirúrgico. Entretanto, a implantação da SAEP, na maioria das instituições de saúde do país, ainda não é efetiva, "devido às filosofias institucionais que pouco valorizam o paciente na sua totalidade, ao número reduzido de enfermeiros ou até à desmotivação do próprio enfermeiro" (SOBECC, 2017).

O papel do enfermeiro no CC tem se tornado mais complexo a cada dia, na medida em que necessita integraras atividades que abrangem as áreas técnica, administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa. Na integração dessas atividades, nas quais os vários profissionais interagem sob vários aspectos, salienta-se o relacionamento interpessoal, normalmente dificultado em unidade fechada, estressante e dinâmica como é o centro cirúrgico (PENICHE; CHAVES, 2000).

A pessoa que será submetida a uma cirurgia, apresenta diversos temores que podem alterar o seu equilíbrio. Um contato com profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro, possivelmente poderá ajudar esta pessoa no sentido de fornecer-lhe informações e diminuir sua insegurança, conforme foi constatado por vários autores (BIANCHI; CASTELLANOS, 1983).

A visita pré-operatória de enfermagem, técnica utilizada inicialmente na década de 1980 em algumas instituições hospitalares, surgiu no cenário da prestação de uma assistência amparada nas teorias do holismo e do autocuidado. Essa é, também, a primeira fase do sistema de assistência de enfermagem perioperatória. (JORGETTO; NORONHA; ARAÚJO, 2004). A visita pré-operatória de enfermagem considerada a primeira etapa da SAEP vem demonstrando, um eficaz instrumento básico, que permeia todo o processo da assistência, permitindo que se estabeleça, quando efetiva, um vínculo entre enfermeiro e paciente. (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

A importância da visita pré-operatória de Enfermagem é muito ampla, pois beneficia todas as partes envolvidas no processo do cuidado, tais como: o bem-estar do paciente; a visibilidade ao cuidado do profissional Enfermeiro e o planejamento da assistência de forma contínua e individualizada (FEU; MACIEL, 2008) .

Um dos pontos que se destaca é a relação de cuidado gerada entre o enfermeiro e o paciente durante a visita pré operatória.

Saber que no dia do procedimento, em uma situação tão assustadora como uma cirurgia oncológica, haverá um rosto conhecido, que sabe das particularidades de cada um, gera uma sensação de alivio e segurança ao paciente. Ademais, tem impacto positivo

na redução da ansiedade do paciente (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

A visita pré-operatória representa a essência para o sucesso da SAEP e, somente a partir dessa, é possível dar continuidade à assistência nas fases subsequentes. (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

A segurança do paciente segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. As situações em que ocorrem erros ou falhas são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos aos pacientes. Evento adverso é o incidente com o paciente que resultou num dano ou lesão. As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e a sociedade (PNSP/MS, 2013).

Em outubro de 2004, a OMS criou a aliança mundial para a Segurança do Paciente, com vistas ao estabelecimento de metas para a prevenção de danos relacionados à saúde e lançou os desafios globais para a segurança do paciente. No Brasil, tal estratégia foi contemplada através de estudos e pesquisas que contribuíram para a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), formalizado por meio da Portaria MS/GM Nº 529, de 1º de abril de 2013, em todo o território nacional.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, ancorado nas prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080/90, no Brasil tem o objetivo de garantir a universalidade e a integralidade à saúde, possibilitando um maior acesso da população às redes de atenção à saúde.

O núcleo de segurança do paciente firmou o compromisso de promover ações multiprofissionais no serviço de saúde com vistas a potencializar os mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados (PNSP/MS, 2013).

Nos estabelecimentos de saúde, a segurança do paciente é o princípio fundamental do cuidado, integrando, assim, um conjunto de ações e esforços complexos no desempenho de estratégias relacionadas ao gerenciamento dos riscos com a perspectiva de um aprimoramento institucional com relação ao planejamento e, sobretudo, a execução de seus processos (RDC nº 36/2013, ANVISA). O programa preconiza a prevenção de infecção em sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de qualidade para a assistência cirúrgica.

Essas inquietações sobre a segurança do paciente cirúrgico ganharam forças a partir de um levantamento de dados, demonstrando que as complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos foram determinantes em potencial, por casos de morbimortalidade em larga escala em âmbito global. Segundo dados publicados em 2008 pela OMS, a partir do ano de 2004 foram realizados 234 milhões de cirurgias no mundo, correspondendo a uma cirurgia para cada 25 pessoas; dois milhões evoluíram para óbito no período

perioperatório, e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que 50% destas foram consideradas evitáveis (OMS, 2009).

Esse trabalho teve como objetivo, descrever a experiência e os resultados da adesão dos enfermeiros à prática educativa para implantação da visita pré-operatória de enfermagem.

A motivação para realização dessa pesquisa partiu da vivência prática do autor, com mais de 20 anos de atuação em centro cirúrgico, onde observou nesse período a (resistência) dificuldade das enfermeiras em realizar a VPOE, por fatores como tempo, aumento de demanda de atribuições etc, o que não ocorreu nesse momento, na unidade hospitalar supracitada, onde todos os enfermeiras envolvidas se propuseram a realizar a visita visando evitar os eventos adversos, a melhoria da qualidade da assistência e o bem estar do paciente.

2 | METODOLOGIA

Tipo de estudo e período

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A visita pré-operatória de enfermagem foi implantada e tem sido realizada como método facilitador de identificação de riscos eminentes do processo cirúrgico.

Cenário do estudo

Enfermarias do quarto, quinto e sexto andares de uma unidade hospitalar de um instituto de oncologia no município do Rio de Janeiro, RJ. Geralmente no dia que precede ao procedimento cirúrgico.

Sujeitos envolvidos na experiência

As seis enfermeiras lotadas no centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de material e esterilização, que aderiram o processo da visita pré-operatória além dos residentes de enfermagem do centro cirúrgico.

Descrição da experiência

A visita deu-se início com as enfermeiras utilizando um formulário preconizado e utilizado no serviço, composto por informações sobre a identificação do paciente e setor de internação; visita pré-operatória composta por somente cinco linhas e duas linhas de orientações não sistematizadas; espaço para os dados da admissão do paciente no centro cirúrgico; e, por fim, o último e maior espaço para as informações durante o intraoperatório.

Conforme eram realizadas as visitas pré-operatórias, eram identificados mais riscos que podiam contribuir com eventos adversos e danos ao paciente, se não fosse realizada a intervenção em tempo favorável. A partir disso, foi possível entender a necessidade de

aumentar o questionário e as orientações. Criou-se, então, o formulário padronizado para um atendimento sistematizado da visita pré-operatória de enfermagem, que foi sendo aperfeiçoado conforme o desenvolvimento do processo. A adesão das enfermeiras do bloco cirúrgico ao processo da visita tornou-se um facilitador para o desenvolvimento e a prática da mesma. Passou-se de seis para trinta e oito perguntas, divididas entre diretas e indiretas (sim ou não e diretas); contendo ainda as orientações para o paciente, elaboradas a partir dos principais diagnósticos de riscos.

Com o engajamento das enfermeiras em busca de melhorar a qualidade da assistência através da gestão do cuidado seguro, ainda foi possível perceber que faltava um meio para identificar fatores que contribuíssem para lesão de pressão do paciente durante a cirurgia. Em decorrência disso, passou-se a conhecer e adotar a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO), desenvolvida por Lopes (LOPES, 2014).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que aproximadamente 70% dos pacientes das três clínicas (Ginecologia, Tecido Ósseo Conectivo - TOC e Mastologia) submetidos a cirurgias eletivas, tem sido beneficiado, pela visita pré-operatória de enfermagem. Vale mencionar que apesar dos diversos resultados positivos, também houve obstáculos para que 100% dos pacientes pré-cirúrgicos recebesse a visita pré-operatória de enfermagem, em função das emergências, por não ter tempo hábil para visita e dos pacientes que internam no final de semana para serem submetidos aos procedimentos cirúrgicos do primeiro horário da segunda-feira. No cenário do estudo não há enfermeiros de plantão durante o fim de semana. Sendo assim, os técnicos de enfermagem dos setores fechados tornam-se responsabilidade da supervisão geral de enfermagem devido à baixa demanda de procedimentos nesse período.

Todos os enfermeiros (seis) aderiram ao processo da visita pré-operatória com satisfação, buscando pela qualidade da assistência e segurança do paciente. A partir de então, tem-se utilizado a visita pré-operatória como indicador de qualidade e mensurado os eventos adversos no período transoperatório, a fim de minimizar os riscos e efetuar as intervenções, tais como os planos de cuidados de enfermagem.

No quadro 1, destacam-se os principais diagnósticos de enfermagem, fatores de riscos identificados e intervenção de enfermagem gerenciados através da visita pré-operatória de enfermagem nesse período.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores de Risco	Intervenção de Enfermagem
Ansiedade (alteração emocional)	Tremor; preocupação	Explicar ao paciente, as fases do período perioperatório, persistindo, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar
Medo (alteração emocional)	Nervosismo; apreensão; pânico	Explicar ao paciente, as fases do período perioperatório, persistindo, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar
Riscos de quedas	Estado mental alterado; uso de medicação; < 2 anos, > 65 anos; obesidade; labirintite; prótese ortopédica,	Orientar a equipe cirúrgica quanto ao estado mental alterado do paciente; Estabelecer mesa cirúrgica adequada ao peso do paciente; Informar equipe cirúrgica quanto ao implante metálico devido à área de colocação da placa dispersiva para eletrocirurgia
Risco de sufocação	Uso de prótese dentária	Orientação retirada prótese
Risco de perda de dente devido mobilidade dentária	Dentes em mau estado de conservação, com mobilidade dentária	Ratificar informação do serviço de anestesia sobre risco de perda dos dentes no momento da intubação
Percepção sensorial auditiva prejudicada	Comunicação comprometida	Orientação retirada aparelho quando utiliza, comunicação não verbal
Mobilidade física prejudicada	Amplitude limitada de movimento, dificuldade para realizar mudança de decúbito, obesidade	Informar a equipe de enfermagem e anestésico/cirúrgica, sobre riscos no momento do movimento para passar para mesa cirúrgica e decúbito para raquianestesia
Padrão respiratório ineficaz	Uso de musculatura acessório para respirar; dispnéia; alteração de FR	Colocar em sala material de suporte ventilatório específico
Débito cardíaco diminuído	Arritmia; edema; tosse	Conferência prescrição médica no prontuário
Ventilação espontânea prejudicada	Saturação O2 diminuída; uso de musculatura acessória; dispnéia; FC aumentada	
Risco para aspiração	Resíduo gástrico aumentado; distensão abdominal	Orientação quanto ao jejum
Risco para lesão perioperatória de posicionamento	Distúrbio perceptivo devido à anestesia; imobilização	Realizar escala de ELPO e orientar cuidados se resultar maior que 20 pontos
Risco para volume de líquido desequilibrado	Hemorragia	Conferir informações com outras categorias envolvidas no processo cirúrgico

Integridade tissular prejudicada	Tricotomia; tecido lesado, feridas cutâneas, piercing ou tatuagem	Informação e confirmação para toda equipe sobre local não indicado para instalação da placa dispersiva
Perfusão tissular ineficaz: periférica	Edema; pulso fraco ou ausente; descoloração da pele; alteração de PA	Orientação para equipe verificar PA de 15/15 na admissão antes de encaminhar para sala de cirurgia
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Fumo; expectoração; asma; vias aéreas alérgicas	Confirmar conhecimento do serviço de anestesia através do prontuário
Alergia a látex	Contato com materiais de composição á látex	Acionar POP
Crença Religiosa	Negação à transfusão de sangue	Verificar através do prontuário essa informação ao serviço de anestesia (auto-hemotransfusão)
Cabelos sintéticos	Risco potencial de combustão	Orientação ao paciente para retirada do cabelo sintético
Retirada de endoprótese	Contaminação meio ambiente	Gerenciamento de Resíduo, eficiência do fluxo
Comorbidades não reveladas na triagem	Alterações medicamentosas	Insistir e explicar ao paciente a importância dos profissionais terem esse conhecimento
Integridade da pele prejudicada, epidermólise bolhosa	Lesão tecido tissular	Utilizar POP específico, utilizar placa neutra dispersiva de metal permanente
Pacientes pós mastectomizados/ linfadectomizados	Risco potencial para pressão por insuflação do aparelho de verificação de pressão arterial	Informar e orientar profissionais para não colocarem manguito do lado da mastectomia e esvaziamento axilar
Dor	Alteração metabólica	Utilizar escala EVA para verificar prescrição médica no prontuário e solicitar SOS
Higiene corporal comprometida (dorso costas)	Dificuldade de antissepsia regional designada à raqueanestesia	Orientar paciente na eficiência do banho

Quadro 1. Diagnóstico de enfermagem, Fatores de risco e Intervenção de enfermagem.

Fonte: NANDA, 2010

Trabalhou-se também com a Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrente do Posicionamento Cirúrgico – ELPO, composta por sete itens: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. Conforme o quadro 2, a ELPO possui um escore na ordem de 05 a 01 ponto para cada item. Se o valor da somatória for inferior a 20 pontos indica risco menor para lesão por pressão e igual ou mais que 20 pontos,

indica risco maior para lesão por pressão, onde esse paciente precisará de uma atenção diferenciada de toda a equipe cirúrgica.

Itens/Escore	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
Tipo de Posição Cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de Cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de Anestesia	Geral+Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de Suporte	Sem uso de Superfície de Suporte ou Suportes Rígidos sem Acolchoamento ou Perneiras Estreitas	Colchão da Mesa Cirúrgica de Espuma (Convencional) + Coxins feitos de Campos de Algodão	Colchão da Mesa Cirúrgica de Espuma (Convencional) + Coxins de Espuma	Colchão da Mesa Cirúrgica de Espuma (Convencional) + Coxins de Viscoelástico	Colchão da Mesa Cirúrgica de Viscoelástico + Coxins de Viscoelástico
Posição dos Membros	Elevação dos Joelhos >90º e Abertura dos Membros Inferiores >90º ou Abertura dos Membros Superiores >90º	Elevação dos Joelhos >90º ou Abertura dos Membros Inferiores >90º	Elevação dos Joelhos <90º e Abertura dos Membros Inferiores <90º ou Pescoço sem Alinhamento Mento Esternal	Abertura <90º dos Membros Superiores	Posição Anatômica
Comorbidades	Lesão por Pressão ou Neuropatia Previamente Diagnosticada ou Trombose Venosa Profunda	Obesidade ou Desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença Vascular	Sem Comorbidades
Idade do Paciente	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Risco do Posicionamento Cirúrgico (ELPO)

Fonte: Mendonça, 2014

Vale ressaltar a relevância do desenvolvimento do processo da visita pré-operatória de enfermagem para o diagnóstico dos riscos no período transoperatório. A fim de evitar os eventos adversos durante esse período, a adesão das enfermeiras à pratica educativa foi fundamental, pois as mesmas consideraram a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória através da visita pré operatória de enfermagem muito importante para a segurança do paciente. Além disso, elas não demonstraram dificuldades para exercer essa atividade em suas rotinas. Para alcançar a integralidade no atendimento, é de extrema importância que o enfermeiro conheça o indivíduo a quem irá prestar assistência. O período pré-operatório é o momento ideal para que haja o contato entre enfermeiro e paciente,

quando o profissional pode, por meio da visita de enfermagem, passar as informações necessárias sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e promover um preparo emocional eficiente e eficaz do paciente, sendo as informações passadas de vital importância para minimizar o nível de ansiedade do mesmo.

O enfermeiro exerce papel importante ao oferecer encorajamento ao paciente cirúrgico e permite que este verbalize suas dúvidas e anseios. Nesse sentido, a VPOE cria um espaço de escuta e de troca de informações que contribuem para uma melhor adaptação ao ambiente hospitalar, além de proporcionar uma cirurgia tranquila e que possa contribuir para a redução de complicações em todo o período da internação (JÚNIOR et al., 2020).

Assim, a assistência acaba sendo uma atividade profissional individual, o que beneficia o paciente e a família. O paciente e a família têm papel essencial na formulação dos objetivos e na implementação da assistência a ser prestada, mas é a instituição de saúde que define a filosofia da assistência e, portanto, define também a maneira como a dimensão do cuidar estará inserida em um contexto com valores e crenças de ordem mais ampla (SILVA; NAKATA, 2005).

O bem-estar do paciente cirúrgico deve constituir o principal objetivo dos profissionais que o assiste, pois no período pré-operatório, estes podem apresentar um alto nível de estresse, assim como desenvolver sentimentos que podem atuar de forma negativa em seu estado emocional (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do interesse e adesão das enfermeiros à prática educativa para implantar a visita pré-operatória de enfermagem, visto que elas consideraram importante a realização dessa nova implementação, foi possível desenvolver um esforço hercúleo para vencer os obstáculos diante do número reduzido de enfermeiros do centro cirúrgico. Os resultados significativos para a qualidade da assistência e segurança do paciente, os tornaram cada vez mais resilientes à proposta. A visita pré-operatória de enfermagem permite que o enfermeiro considere a individualidade de cada paciente, e ao mesmo tempo direcione a identificação das necessidades do paciente que possam interferir durante o procedimento cirúrgico.

Ressalta-se ainda que quando o enfermeiro chega a compreender o que está aconteceacontecendo entre ele e o paciente, pode-se dizer que atingiu a essência da prática da enfermagem (DE SOUZA et al., 2010).

Demonstra-se, através deste relato, a experiência e os resultados da adesão das enfermeiras à prática educativa para implantação da visita pré-operatória de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril de 2013. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, Brasília, DF: Anvisa; 2013.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução - RDC nº 36/2013, de 25 de julho de 2013 [Internet]. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013 [acesso em 15 mar 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BIANCHI, Estela R. Ferraz; CASTELLANOS, Brigitta EP. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. **Rev. paul. enferm**, p. 161-166, 1983.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 5 mar. 2012.

CASTELLANOS, Briguita Elza P.; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA—UM MODELO CONCEPTUAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 24, n. 3, p. 359-370, 1990.

CHRISTÓFORO, Berendina Elsina Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

COFEN - Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br. Acessado em 10/05/2011.

DE SOUZA, Luciana Roberto et al. Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 2, p. 797-806, 2010.

FEU, Regina Maria da Silva; MACIEL, Alexandrina Aparecida. A visita sistematizada de enfermagem pré e pós-operatória no atendimento das necessidades do paciente. **Rev. SOBECC**, p. 24-31, 2008.

FRIAS, Thais Falcão Pereira; COSTA, Cristiane Maria Amorim; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 345-352, 2010.

GONÇALVES, Thiago Franco; MEDEIROS, Veronica Cecilia Calbo de. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 22-27, jun. 2016. ISSN 2358-2871. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/38. Acesso em: 03 jun. 2020. doi:https://doi.org/10.5327/Z1414442520160001000 4.

GRITTEM, Luciana; MÉIER, Marineli Joaquim; GAIEVICZ, Ana Paula. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/7311/5243. Acesso em: 17 fev. 2021

JORGETTO, Giovanna Vallim; NORONHA, Rachel; ARAÚJO, Izilda Esmenia Muglia. ESTUDO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM SOBRE A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DO CENTRO-CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Revista eletrónica de enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004.Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/815. Acesso em: 17 fev. 2021.

JÚNIOR, Aurean D.'Eça et al. Check list da visita pré-operatória de enfermagem avaliação da qualidade dos dados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 22, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5902/2179769236082. Acesso em: 18 fev. 2021.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes. Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. doi:10.11606/T.22.2014.tde-21052014-184456. Acesso em: 2021-06-04.

NANDA, I. (Org.). **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, Marly Maria de; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, p. 164-172, 2014.

Organização Mundial da Saúde – OMS, (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; CHAVES, Eliane Corrêa. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 45-50, 2000. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1428. Acesso em: 17 fev. 2021.

SILVA, Waldine Viana da; NAKATA, Sumie. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 673-676, 2005.

SOBECC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização), Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para Saúde, 7 edição, 2017.

CAPÍTULO 12

ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRÚRGIA CARDÍACA

Data de aceite: 20/08/2021
Data da submissão: 24/06/2021

Fabiana Vicente de Sousa Martins
Enfermeira assistencial
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP)
Hospital de referência em Neurologia e Cardiologia.
Santa Rita – Paraíba
https://orcid.org/0000-0002-2768-281X
http://lattes.cnpq.br/3299272398569176

Maria do Carmo Clemente Marques Figueiredo
Enfermeira assistencial
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP)
Hospital de referência em Neurologia e Cardiologia.
Santa Rita – Paraíba
https://orcid.org/0000-0001-6934-1055
http://lattes.cnpq.br/4323671740200676

Márcia Germana Oliveira de Paiva Ferreira
Coordenadora de enfermagem
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP)
Hospital de referência em Neurologia e Cardiologia.
Santa Rita – Paraíba
https://orcid.org/0000-0003-3338-0372
http://lattes.cnpq.br/3654167295684196

Gilberto Costa Teodozio
Diretor Assistencial
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP)
Hospital de referência em Neurologia e Cardiologia.
Santa Rita – Paraíba
https://orcid.org/0000-0002-5200-4658
http://lattes.cnpq.br/5216110460438818

Katia Jaqueline da Silva Cordeiro
Gerente de Enfermagem
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP)
Hospital de referência em Neurologia e Cardiologia.
Santa Rita – Paraíba
https://orcid.org/0000-0001-9190-394X
http://lattes.cnpq.br/2596421138596474

RESUMO: A finalidade da cirurgia cardíaca é restaurar a funcionalidade do coração diminuindo os sintomas, proporcionando ao indivíduo a retomada de sua capacidade e autonomia. Logo, após a cirurgia exige ações da equipe de saúde, assegurando o cuidado de qualidade, assim, cabe ao enfermeiro planejar e organizar uma assistência de maneira individualizada, pautada nas necessidades do paciente. Buscou-se identificar os principais diagnósticos de enfermagem que são utilizados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca; Analisando a relação e frequência dos diagnósticos de enfermagem nos pós-operatório imediato, mediato e tardio. Trata-se de uma revisão integrativa de natureza descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. Foram localizados 09 artigos científicos disseminados nos últimos 10 anos. Desses, sete estudos foram selecionados a partir da base de dados na *Literature of Latin America and the Caribbean* (LILACS).

Identificados 38 diagnósticos de enfermagem, frequentes no pós-operatório imediato e mediato de cirurgia cardíaca, incluídos nos domínios de conforto, atividade/repouso, segurança/proteção, nutrição e eliminação/troca. Observou-se a importância do enfermeiro utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de acordo com a necessidade de cada cliente, de forma individualizada, proporcionando intervenções adequadas com base na sistematização da assistência de enfermagem.
PALAVRAS - CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem; Cirurgia cardíaca; Período pós-operatório; Cirurgia Torácica.

ANALYSIS OF NURSING DIAGNOSIS IN POST-OPERATIVE HEART SURGERY

ABSTRACT: The purpose of cardiac surgery is to restore the heart's functionality, reducing symptoms, allowing the individual to regain his capacity and autonomy. Therefore, after surgery, it requires actions from the health team, ensuring quality care, thus, it is up to the nurse to plan and organize care in an individualized manner, based on the patient's needs. We sought to identify the main nursing diagnoses that are used in the postoperative period of cardiac surgery; Analyzing the relationship and frequency of nursing diagnoses in the immediate, mediate and late postoperative period. This is an integrative review of a descriptive and exploratory nature with a quantitative approach. Nine scientific articles disseminated in the last ten years were found. Of these, seven studies were selected from the database in the Literature of Latin America and the Caribbean (LILACS). Thirty-eight nursing diagnoses were identified, frequent in the immediate and mediate postoperative period of cardiac surgery, included in the domains of comfort, activity/rest, safety/protection, nutrition and elimination/exchange. It was observed the importance of nurses using Nursing Diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery, according to the needs of each client, in an individualized manner, providing adequate interventions based on the systematization of nursing care.
KEYWORDS: Nursing Diagnosis; Cardiac surgery; Postoperative period; Thoracic surgery.

RESUMEN: El propósito de la cirugía cardíaca es restaurar la funcionalidad del corazón, reduciendo los síntomas, permitiendo que el individuo recupere su capacidad y autonomía. Por lo tanto, después de la cirugía, requiere acciones del equipo de salud, asegurando una atención de calidad, por lo que le corresponde al enfermero planificar y organizar la atención de manera individualizada, en función de las necesidades del paciente. Se buscó identificar los principales diagnósticos de enfermería que se utilizan en el postoperatorio de cirugía cardíaca; Analizar la relación y frecuencia de los diagnósticos de enfermería en el postoperatorio inmediato, mediato y tardío. Se trata de una revisión integradora de carácter descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo. Se encontraron nueve artículos científicos difundidos en los últimos diez años. De estos, siete estudios fueron seleccionados de la base de datos de la Literatura de América Latina y el Caribe (LILACS). Se identificaron treinta y ocho diagnósticos de enfermería, frecuentes en el postoperatorio inmediato y mediato de cirugía cardíaca, incluidos en los dominios de comodidad, actividad / descanso, seguridad / protección, nutrición y eliminación / intercambio. Se observó la importancia de que los enfermeros utilicen los Diagnósticos de Enfermería en los pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca de acuerdo a las necesidades de cada cliente, de manera individualizada,

brindando intervenciones adecuadas basadas en la sistematización de los cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico de enfermería; Cirugía cardíaca; Período postoperatorio; Cirugía Torácica.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças cardiovasculares (DCs) constituem o maior agravo para saúde, estando diretamente envolvidas em mais de 17 milhões de mortes a cada ano (STEVENS *et al*., 2018). A incidência das DCs nos países desenvolvidos aumenta a cada ano, sendo 80% relacionada à doença arterial coronariana. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2030, mais de 23 milhões de pessoas morrerão anualmente por doenças cardiovasculares (BECCARIA *et al*., 2015; STROLISCHEIN *et al*., 2019).

No estudo epidemiológico realizado por Malta *et al*. (2020) ao analisar a variações e porcentuais entre as taxas de Mortalidade por DCs nos anos de 2000 e 2017 por UF, observou-se uma diferença que se destaca nos dados brutos extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com taxas de até 115% na maioria dos estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

O tratamento das DCs pode ser clínico ou cirúrgico. As cirurgias cardíacas mais comuns são revascularização do miocárdio e trocas valvares, consideradas procedimentos cirúrgicos de grande porte e de alta complexidade, com importantes repercussões que alteram os mecanismos fisiológicos dos doentes, levando a um estado crítico no pós-operatório, que implica em cuidados intensivos a fim de se estabelecer a recuperação, pois podem surgir complicações no pós-operatório ou até óbito (LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010; SOARES *et al*., 2011).

A cirurgia cardíaca representa um marco na medicina, pois esse procedimento pode prolongar a vida dos pacientes e diminuir a morbidade da doença aterosclerótica coronariana. Nos últimos anos, os avanços dessa cirurgia foram notáveis, o que determinou uma melhora nos seus resultados e o aumento crescente do número de pacientes submetidos a esse procedimento (LIRA *et al*., 2012).

A finalidade deste tipo de cirurgia é restaurar a funcionalidade do coração diminuindo os sintomas, proporcionando ao indivíduo a retomada de sua capacidade e autonomia. Logo, após a cirurgia exige ações da equipe de saúde, assegurando o cuidado de qualidade, assim, cabe ao enfermeiro planejar e organizar uma assistência de maneira individualizada, pautada nas necessidades do paciente (MELO; COSTA; SANDES, 2018).

A prática assistencial deve ser pautada no método científico viabilizando o atendimento das necessidades do paciente da melhor forma possível, contribuindo para o cuidado, com embasamento no processo de enfermagem que possibilitará coordenar a

equipe nos cuidados adequados e no atendimento das necessidades do paciente e com isso identificar os diagnósticos de enfermagem de cada cliente, sendo capaz também de elaborar planos de intervenções para cada situação (DUARTE *et al*., 2012).

No Brasil o processo de Sistematização da Enfermagem foi instituído pela Teoria de Wanda Horta, que é baseada e fundamentada cientificamente na atividade do enfermeiro que é voltada para a assistência de enfermagem (MALAGUTTI; DE MIRANDA, 2011). A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é definida como o modelo que envolve o Processo de Enfermagem (PE) e o atendimento das necessidades humanas básicas (SANTOS *et al*., 2020).

O processo de Enfermagem (PE) constitui-se como um saber específico e necessário para a profissionalização e constituição da identidade profissional, sendo considerado um instrumento metodológico de organização do processo de trabalho e do cuidado em enfermagem (PIMENTA; SOUZA, 2017). Contudo, para aprimorar a assistência o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) delibera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), devendo ser implementada em todas as instituições de saúde do Brasil sendo privativa do enfermeiro estabelecida na Resolução COFEN-272/2002, posteriormente Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN 2020).

O PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem (COFEN, 2020).

A importância do PE na assistência prestada ao paciente permite formular um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais. Nesse contexto, o enfermeiro, bem como sua equipe, a partir do domínio técnico e científico, exerce funções de cuidado, controle e observação, considerando a complexidade da cirurgia, o que exige competências profissionais específicas (TAURINO, 2019).

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2020), diz que a SAE tem como objetivo reduzir as complicações durante o tratamento, facilitar a recuperação e adaptação do paciente, família e comunidade, promovendo sua saúde e o seu bem-estar, sendo composta por cinco etapas: Coleta de dados e investigação; Diagnóstico de enfermagem; Planejamento da assistência; Implementação da assistência e Avaliação dos resultados.

Deste modo, o enfermeiro deve ter a habilidade de identificar e entender o processo fisiopatológico associado ao pós-operatório da cirurgia cardíaca e com isso identificar os Diagnósticos de Enfermagem de cada cliente, sendo capaz também de elaborar planos de intervenções para cada situação.

Vale ressaltar que há uma lacuna nas publicações acerca da temática. Assim, como

também foi evidenciado através da pesquisa de Duarte *et al.*(2012) afirmam acerca da pequena quantidade de artigos, sugerindo uma nova pesquisa com um intervalo de tempo maior. Por outro lado Ribeiro *et al.*(2015) ressaltam que é essencial o desenvolvimentos de novas pesquisas relacionadas à identificação dos diagnósticos de enfermagem, com intuito de direcionar uma análise de problemas dos pacientes que demandam ações específicas de enfermagem.

A utilização deste modelo possibilita que a assistência de enfermagem seja fundamentada e sistematizada, privilegiando a tomada de decisão frente à alta complexidade e demanda de cuidados no pós-operatório (BONI *et al.*, 2013). Para Taurino (2019) identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem e subsidia o estabelecimento de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais apresentadas por esses pacientes.

A partir desse contexto surgiu a questão norteadora: Quais os principais diagnósticos de enfermagem nos pacientes em pós-operatórios de cirurgias cardíacas, disseminados nas produções científicas alocadas em periódicos nacionais e internacionais nos últimos 10 anos? E, para responder a este questionamento, traçaram-se como objetivos: Identificar os principais diagnósticos de enfermagem que são utilizados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca; Analisar a relação e a frequência dos diagnósticos de enfermagem nos pós-operatório imediato, mediato e tardio.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo revisão integrativa, a qual envolve a análise de investigações relevantes, permitindo sintetizar o conhecimento sobre um determinado assunto, apontando lacunas que necessitam ser completadas a partir da definição de uma temática específica (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Para elaboração foi necessário seguir seis etapas características para construção de uma revisão integrativa foram seguidas, descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), á seguir: 1) identificação do tema ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão. O delineamento desta pesquisa foi a partir da seguinte questão norteadora: Quais os principais diagnósticos de enfermagem nos pacientes em pós-operatórios de cirurgias cardíacas, disseminados nas produções científicas alocadas em periódicos nacionais e internacionais, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020?

Para o levantamento bibliográfico foram realizadas consultas em artigos indexados nas bases de dados da *Literature of Latin America and the Caribbean* (LILACS), *Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na Biblioteca virtual em Saúde (BDENF), utilizando quatro Descritores em Ciências da Saúde - DeCS padronizados: Diagnóstico de Enfermagem; Cirurgia cardíaca; Período pós-operatório; Cirurgia Torácica.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos, publicados na modalidade de artigo científico originais; estar disponível na íntegra nas bases eletrônicas já citadas; ter sido publicado entre os anos de 2011 a 2020; estar no idioma português e inglês. Sendo excluídos da amostra: Teses, Dissertações, Trabalhos de conclusão de curso, artigos de revisão, como também capítulos de livros e os que não respondessem a questão norteadora.

A amostra inicial foi composta por 257 produções científicas. Após leitura dos resumos procedeu-se a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente delimitados, sendo selecionadas 45 produções para leitura na íntegra, após leitura foram selecionados para construção do estudo 09 estudos. Vale salientar que foram excluídos 248 estudos por não responderem a questão norteadora do presente estudo.

Já a análise crítica dos estudos foi realizada ligando os dados empíricos ao objeto de estudo, onde os mesmos pudessem ser descritos e analisados. Assim, para a discussão dos resultados foi organizado elencados e organizados as informações num instrumento de coleta de dados (Apêndice A), segundo variáveis relacionadas ao periódico (título, periódico, base de dados e ano da publicação), a abordagem da pesquisa (qualitativa, quantitativa, mista), o tipo de estudo, objetivos e resultados com a finalidade de identificar a base central abordada neste estudo. Por fim, foi realizada a leitura dos artigos dando destaque àqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizá-los em tabelas e quadros.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da busca realizada nas bases de dados *Bdenf, Lilacs e Medline* considerando os critérios de inclusão citados anteriormente, bem como as pesquisas que se enquadraram na temática em questão, foram encontrados 09 artigos, onde foi possível identificar que há um maior domínio para publicações no ano de 2012 com três publicações, submergindo com a temática “Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca”, seguido do ano de 2015 com dois estudos e entre os anos 2016-2019 com um estudos cada. Vale salientar que mesmo com intervalo de 10 anos houve um quantitativo pequeno de publicações. A mesma limitação foi evidenciada em pesquisa com o mesmo teor metodológico, ressaltando pequena quantidade de artigos acerca da temática abordada, sugerindo novas pesquisas com um intervalo de tempo maior (MELO; COSTA; SANDES, 2018).

O estudo foi composto por uma amostra nove artigos científicos disseminados nos últimos 10 anos. Desses, sete estudos foram selecionados a partir da base de dados na *Literature of Latin America and the Caribbean* (LILACS), seguidos de dois estudos da

Biblioteca virtual em Saúde (BDENF). Com relação ao tipo de estudo, evidenciados seis publicações para a pesquisa Descritiva, seguido dos Exploratórios com três trabalhos; para pesquisa documental foram identificados dois estudos. E ainda dois estudos de coorte retrospectivo, com um estudo cada ficando para as pesquisas do tipo relato e estudo de caso.

Quanto ao tipo de abordagem metodológica, evidenciaram-se sete trabalhos com predominância de abordagem quantitativa, seguidos da abordagem qualitativa com dois estudos. Constatou-se também que todas as produções científicas constituem em artigos originais, sendo dois estudos de corte temporal Transversais.

Ao analisar os objetivos de cada estudo foi possível observar uma similaridade, ou seja, os estudos buscaram identificar os principais Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca, como também descrevendo o perfil, fatores de risco e até complicações. Foi também evidenciado na pesquisa o quantitativo de seis trabalhos para o período pós-operatório mediado (POM) e com cinco estudos o pós-operatório imediato (POI). Ressalta ainda que não foram identificados estudos descritos no período de pós-operatório tardio.

Constatou-se também que cinco produções científicas o cenário da pesquisa foi à unidade de terapia intensiva (UTI). A coleta de dados em prontuários foi identificada em três estudos. No entanto, Andrade *et al*. (2019) ressalta sobre a importância profissionais serem orientados sobre o funcionamento dos prontuários para que as atividades sejam anotadas de maneira correta. Por outro lado, De Carvalho *et al*. (2016) afirmam quando todas as informações são coletadas e registradas adequadamente, utilizando um instrumento estruturado para a realização da anamnese e do exame físico facilita o enfermeiro na construção e aplicação das seguintes etapas do processo de enfermagem: coleta de dados ou investigação (histórico e exame físico), diagnóstico de enfermagem e planejamento da assistência.

Durante a pesquisa foram analisados os diagnósticos mais frequentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, como também a relação entre os períodos imediato, mediato e tardio. No quadro 1 estão descritos 38 Diagnósticos de enfermagem (DE) identificados em pacientes no POI e POM de cirurgia cardíaca.

Período pós-operatório	Diagnósticos de enfermagem	Domínio	Quantitativo de estudos evidenciados (%)
Imediato (As primeiras 24hs)	Dor aguda	Conforto	03 (33,3%)
	Débito cardíaco diminuído	Atividade/Repouso	02(22,2%)
	Mobilidade física prejudicada	Atividade/Repouso	02(22,2%)
	Comunicação verbal prejudicada	Percepção/Cognição	01(11,1%)
	Processos familiares interrompidos	Papéis e relacionamentos	01(11,1%)
Cont... Imediato (As primeiras 24hs)	Integridade da pele prejudicada	Segurança/ proteção	02(22,2%)
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Segurança/ proteção	01(11,1%)
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Nutrição	02(22,2%)
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Atividade/Repouso	01(11,1%)
	Risco de infecção	Segurança/Proteção	03 (33,3%)
	Risco de choque	Atividade/ repouso	02(22,2%)
	Risco de sangramento	Segurança/Proteção	02(22,2%)
	Risco de volume de liquido deficiente	Nutrição	01(11,1%)
	Risco de quedas	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de integridade da pele prejudicada	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Segurança/ proteção	01(11,1%)
	Risco para aspiração	Segurança/ proteção	01(11,1%)

Mediato (após as 24hs até 07 dias)	Risco de perfusão renal ineficaz	Atividade/Repouso	01(11,1%)
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Atividade/Repouso	01(11,1%)
	Risco de sangramento	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de infecção	Segurança/Proteção	04 (44,4%)
	Risco de integridade da pele prejudicada	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de lesão por posicionamento Peri operatório	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de quedas	Segurança/Proteção	02(22,2%)
	Risco de trauma vascular	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Nutrição	02(22,2%)
	Risco de constipação	Eliminação e Troca	04 (44,4%)
	Risco de glicemia instável	Nutrição	01(11,1%)
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Segurança/Proteção	01(11,1%)
	Mobilidade física prejudicada	Atividade/Repouso	02(22,2%)
	Mobilidade no leito prejudicada	Atividade/Repouso	03 (33,3%)
	Disposição para processos familiares melhorados	Papéis/Relacionamentos	01(11,1%)
	Disposição para autoconceito melhorado	Autopercepção	01(11,1%)
	Conforto prejudicado	Conforto	01(11,1%)
	Motilidade gastrintestinal disfuncional	Eliminação e Troca	01(11,1%)
	Deambulação prejudicada	Atividade/Repouso	02(22,2%)
	Dor aguda	Conforto	03 (33,3%)
	Integridade da pele prejudicada	Segurança/ proteção	03 (33,3%)
	Disposição para controle controle da saúde melhorado	Promoção da saúde	01(11,1%)
	Proteção ineficaz	Promoção da saúde	01(11,1%)
	Nutrição desequilibrada: inferiores às necessidades corporais	Nutrição	02(22,2%)
	Débito cardíaco diminuído	Atividade/ repouso	01(11,1%)
	Troca de gases prejudicada	Eliminação e troca	01(11,1%)
	Padrão respiratório ineficaz/ Ventilação espontânea prejudicada	Atividade/ repouso	02(22,2%)
	Eliminação urinária prejudicada	Eliminação e troca	01(11,1%)
	Padrão de sono prejudicado	Atividade/ repouso	01(11,1%)
	Intolerância a atividade	Atividade/ repouso	01(11,1%)

Tardio (07 dias após até a alta hospitalar)	-	-	00

Quadro 1 – Descrição dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatorio (imediato, mediato e tardio) de cirurgia cardíaca publicados no período de 2011 a 2020 (n=09), de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA -I).

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Dentre os DE mais citados no POI foram: dor aguda, risco de infecção com (33.3%), seguidos de débito cardíaco diminuído, mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio do volume de líquidos, risco de choque, risco de sangramento com (22,2%). Já no POM, foram mencionados risco de infecção e risco de constipação com (44,4%), em sequência estão: mobilidade no leito prejudicada, dor aguda e integridade da pele prejudicada com (33,3%). E ainda com (22,2%) risco de quedas, risco de desequilíbrio eletrolítico, deambulação prejudicada, nutrição desequilibrada: inferiores às necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz/ Ventilação.

Verificou-se também que os DE estão incluídos nos domínios de conforto, atividade/ repouso, segurança/proteção, nutrição e eliminação/troca. Como não houve evidências cientificas na amostra encontrada DE no período de pós-operatório tardio.

Corroborando com os achados os estudos de Lara, Nogueira e Poveda (2017), Ribeiro *et al*. (2015), identificaram os DE em 26 pacientes em POM de cirurgia cardíaca e em 50 prontuários de pacientes em POI ambos no contexto da unidade de terapia intensiva nos domínios de segurança/proteção, atividade/repouso e nutrição. Os autores ressaltam que a mobilidade física prejudicada foi identificada em todos os pacientes (100%) e a mobilidade no leito prejudicada em 76,92%, e a importância na identificação dos DE no atendimento das necessidades humanas básicas afetadas, tendo por objetivo a assistência de enfermagem integral ao paciente.

Em outro estudo com o mesmo teor metodológico foi evidenciado a frequência dos DE citados, sendo: risco de infecção, risco de constipação, risco de quedas, integridade da pele prejudicada, disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e mobilidade no leito prejudicada, inseridos nos domínios: nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso e segurança/proteção (DE CARVALHO *et al*., 2016; DE OLIVEIRA *et al*., 2016; MATOS *et al*., 2015).

Fica claro a repetição dos DE nos POI/POM de cirurgia cardíaca, a frequência de apresentação nestes períodos, levando a entender que indicam associações estatisticamente significantes em variáveis clínicas relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico. Dessa forma, essa complexidade atribuída à assistência dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas requer cuidados especiais em todo o perioperatório, destacando-se o período pós-operatório (ANDRADE *et al*., 2019).

Assim, a identificação e aplicação dos DE é imprescindível, pois permite o direcionamento efetivo da assistência para atender as necessidades de cada paciente, por meio da escolha da intervenção ideal, permitindo sua subsequente avaliação, auxiliando no planejamento dos cuidados de enfermagem, contribuindo na qualidade da assistência prestada e para construção do conhecimento em enfermagem, em qualquer nível de assistência á saúde (ANDRADE *et al*., 2019; DE CARVALHO *et al*., 2016; DE OLIVEIRA *et al*., 2016; LARA; NOGUEIRA; POVEDA 2017).

O cuidado de enfermagem é instituído de acordo com as necessidades dos pacientes, visando à manutenção do equilíbrio hemodinâmico e das suas funções vitais e, podem variar de acordo com a fase do pós-operatório, se imediata, mediata ou tardia (RIBEIRO *et al*., 2015). Para tanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se apresenta como uma forma de organizar a assistência de enfermagem de modo a intervir de acordo com as reais necessidades do paciente e promover sua rápida recuperação (DE CARVALHO *et al*., 2016).

Diante do exposto, De Oliveira *et al*. (2016), Matos *et al*. (2015), ressaltam a importância do processo de enfermagem como método de trabalho do enfermeiro no cuidado aos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, exigindo intervenções de enfermagem crítica e reflexiva. Dessa forma, cabe ao enfermeiro, no exercício do processo de enfermagem, conhecer, saber e aplicar os DE para se ter um norte nas demais etapas deste processo permitindo um planejamento e uma assistência adequada.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo alcançaram os objetivos de identificar os principais diagnósticos de enfermagem que são utilizados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca; Analisando a relação e a frequência dos diagnósticos de enfermagem nos pós-operatório imediato, mediato e tardio. Foram encontrados 09 artigos disseminados nas bases de dados *Lilacs* e *Bdenf* em um recorte temporal de 10 anos.

Com relação aos diagnósticos foi possível identificar 38 diagnósticos de enfermagem, frequentes no POI: dor aguda, risco de infecção, débito cardíaco diminuído, mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio do volume de líquidos, risco de choque, risco de sangramento. Já no POM, foram mencionados risco de infecção e risco de constipação, mobilidade no leito prejudicada, dor aguda, integridade da pele prejudicada, risco de quedas, risco de desequilíbrio eletrolítico, deambulação prejudicada, nutrição desequilibrada: inferiores às necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz/ Ventilação. Incluídos nos domínios de conforto, atividade/repouso, segurança/proteção, nutrição e eliminação/troca. Como não houve evidências cientificas na amostra encontrada DE no período de pós-operatório tardio.

Porém, observou-se a importância do enfermeiro utilizar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de acordo com a necessidade de cada cliente e de forma individualizada, proporcionando intervenções adequadas com base na sistematização da assistência de enfermagem.

Deste modo, sugere que estudos posteriores sejam realizados, na tentativa de aprofundar a temática dos Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca contribuindo como instrumento de melhoria na assistência prestada pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Alessandra Yuri Takehana de et al. **Complicações no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio.** Rev. SOBECC, p. 224-230, 2019.

BECCARIA, Lucia Marinilza et al. **Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino.** Arquivos de Ciências da Saúde, v. 22, n. 3, p. 37-41, 2015.

BONI, Dal et al. **Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 6, p. 575-580, 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** 2020. Disponível em< http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 19 março 2020.

DE CARVALHO, Inaiane Marlisse et al. **Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca Systematization of nursing care in mediate post-operative of cardiac surgery.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 4, p. 5062-5067, 2016.

DE OLIVEIRA, Sherida Karanini Paz et al. **Diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 1, n. 2, 2012.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . **O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 657-665, Dec. 2012 .

LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho et al. **Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Revista Rene, 13(5), 1171-81. 2012.

LARA, Bruna Fontes de; NOGUEIRA, Paula Cristina; POVEDA, Vanessa de Brito. **Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório imediato decirurgia de troca de válvula**. Rev. enferm. UFSM, p. 1-12, 2017.

LAIZO, Artur; DELGADO, Francisco Eduardo da Fonseca; ROCHA, Glauco Mendonça. **Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca**. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.

MALAGUTTI, William; MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de. **Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização**. Enferm. foco (Brasília), p. 85-88, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al . **Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil,** 2000-2017. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 115, n. 2, p. 152-160, Aug. 2020.

MATOS, Selme Silqueira et al. **Transplantados cardíacos em pós operatório mediato: diagnósticos de Enfermagem segundo pressupostos de Horta**. Revista SOBECC, v. 20, n. 4, p. 228-235, 2015.

MELO, Francielly Vieira; COSTA, Mikael Ferreira; SANDES, Sílvia Márcia dos Santos. **Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Rev. enferm. UFPE on line, p. 2188-2193, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64 out. 2008.

PIMENTA, Adriana de Lima; SOUZA, Maria de Lourdes de. **A identidade profissional da enfermagem nos trabalhos publicados pela reben.** Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 26, n. 1, e4370015, 2017.

RIBEIRO, Carla Portolan et al. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Rev Rene. v.16, n.2, pp.159-67, mar-abr, 2015.

SANTOS, Natalia Castaman et al. **Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Research, Society and Development, v. 9, n. 11, 2020.

SOARES, Gustavo Mattos Teixeira et al. **Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas**. Rev Bras Cardiol, v. 24, n. 3, p. 139-146, 2011.

STEVENS, Bryce et al. **The economic burden of heart conditions in Brazil**. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018.

STROLISCHEIN, Carlos Alberto H. et al. **Prevalência das principais complicações pós-operatório em cirurgias cardíacas de revascularização do miocárdio em hospital filantrópico de Cuiabá-MT**. Revista da Saúde da AJES, v. 5, n. 9, 2019.

TAURINO, Ilka Jenifer Menezes. **Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório**. Revista Pubsaúde. 2019.

CAPÍTULO 13

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUANTO À IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 03/08/2021

Luciane Patrícia Andreani Cabral
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0001-9424-7431

Heloize Gonçalves Lopes
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0001-8664-4656

Danielle Bordin
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0001-7861-0384

Gabriel Andreani Cabral
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0003-1407-7503

Melina Lopes Lima
Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0002-8266-4040

Clóris Regina Blanski Grden
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0001-6169-8826

Lara Simone Messias Floriano
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)
Ponta Grossa, Paraná
https://orcid.org/0000-0003-4801-2767

RESUMO: Objetivo: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros atuantes em um Hospital Universitário, quanto à identificação e classificação da Lesão Por Pressão (LPP). **Método:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros assistenciais de um hospital de ensino do Paraná. A coleta de dados ocorreu através de questionário contendo características demográficas e laborais e conhecimento do profissional relacionadas à LPP. Considerou-se como variável dependente o conhecimento acerca da estratificação da LPP. Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado. **Resultados:** Investigou-se um total de 61 enfermeiros, com predomínio do sexo feminino (59,5%), na faixa etária entre 20 a 29 anos (64,7%), formados há mais de 1 ano (67,4%), pertencentes ao quadro assistencial da UTI adulto (58,3%) e enfermeiros nos mais diversos programas de residência em saúde (68,4%). A maioria referiu conhecer os meios para notificar (61,8%), realizou alguma notificação nos últimos 30 dias (64,9%), e destas notificações a maioria não respondeu quantas eram sobre as lesões de pele (54,8%). Ainda, grande parte não encontrou dificuldades para notificar (70,0%), acreditava ser necessário um treinamento prévio para realizar as notificações (60,3%), sentia-se apto para avaliar à LPP (97,3%) e julgava que a avaliação da LPP não era

papel exclusivo do enfermeiro (71,0%). Em relação ao conhecimento acerca da estratificação da lesão a maioria (60,6%) apresentaram conhecimento total (100%), 16,4% tiveram 80% de acertos e 22,9% demonstraram menos de 80% de acertos, sendo estes associados ao tempo de formação e a aptidão para avaliar a LPP (p≤0,05). **Conclusão:** Existe um déficit no conhecimento dos enfermeiros quanto à identificação, avaliação e classificação da LPP. Evidenciando a necessidade de capacitações e atualizações sobre o tema de forma contínua.
PALAVRAS - CHAVE: Lesão por pressão; Classificação; Conhecimento; Enfermeira e enfermeiro; Segurança do paciente.

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT THE IDENTIFICATION AND CLASSIFICATION OF PRESSURE INJURY

ABSTRACT: Objective: To evaluate the knowledge of nurses working at a University Hospital regarding the identification and classification of Pressure Injury (PI). **Method**: Cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with care nurses from a teaching hospital in Paraná. Data were collected using a questionnaire containing demographic and work characteristics, as well as the professional's knowledge about PI The dependent variable was knowledge about stratification of PI. Data were analyzed using the chi-square test. **Results**: A total of 61 nurses were investigated, predominantly female (59.5%), aged between 20 and 29 years (64.7%), graduated more than 1 year (67.4%), belonging to the adult ICU staff (58.3%) and nurses in several residency programs in health (68.4%). Most reported knowing the means to notify (61.8%), made some notification in the last 30 days (64.9%), and of these notifications most did not answer how many were about skin lesions (54.8%). Still, most did not find difficulties to notify (70.0%), believed it was necessary a previous training to perform the notifications (60.3%), felt able to evaluate the PI (97.3%) and believed that the evaluation of PI was not the exclusive role of nurses (71.0%). Regarding knowledge about lesion stratification, the majority (60.6%) had total knowledge (100%), 16.4% had 80% of correct answers and 22.9% had less than 80% of correct answers, which were associated with the time of training and the ability to evaluate PI (p≤0.05). **Conclusion**: There is a deficit in the nurses' knowledge about the identification, evaluation and classification of PI. Evidencing the need for continuous training and updates on the subject.
KEYWORDS: Pressure injury; Classification; Knowledge; Nurse and nurse; Patient safety.

1 I INTRODUÇÃO

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) define a Lesão por Pressão (LPP) como um dano localizado em tecidos moles e/ou subjacentes, aberto ou fechado, geralmente sobre uma proeminência óssea, oriundo de pressão prolongada e cisalhamento, o qual pode acarretar isquemia local e morte celular (NPUAP, 2016)

A extensão da perda tecidual é classificada em estágios, sendo do I ao IV. A Lesão por Pressão estágio I é caracterizada como uma lesão com pele íntegra e com eritema não branqueável. A estágio II é uma lesão com perda parcial da integridade da pele, ou seja, ocorre a exposição da derme que é a camada intermediária da pele localizada logo abaixo

da epiderme e acima da hipoderme, além disso, nesse estágio o leito da ferida apresenta uma coloração rósea ou avermelhada e é úmido, ainda, pode apresentar-se como uma bolha intacta com exsudato seroso ou bolha rompida. No estágio III ocorre a perda total da pele podendo ser visível parte do tecido gorduroso. Já no estágio IV existe a perda total da pele assim como no estágio III, porém, é possível visualizar tendões, cartilagem, ossos e/ou ligamentos (NPUAP, 2016; SHEA, 1975).

Dentre as classificações, existem ainda a Lesão por Pressão não classificável, na qual há perda total da espessura da pele, com presença de esfacelos ou escaras que dificultam a identificação da perda tissular e, a Lesão por Pressão Tissular Profunda que pode apresentar-se em pele íntegra ou rompida, sendo caracterizada por uma região de coloração vermelha escura ou marrom que não embranquece, e que pode apresentar bolha com exsudato sanguinolento (NPUAP, 2016).

Importante causa de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados, a LPP contribuí significativamente para aumentar o risco de infecção, o tempo de permanência e os custos hospitalares, com repercussões negativas para independência, autonomia e qualidade de vida do paciente (LI *et al*., 2020; PACHÁ *et al*., 2018), contudo, esse tipo de lesão é prevenível e dever ser monitorado (BARBOSA; SALOMÉ, 2018.

Também, é de extrema importância que o enfermeiro em sua prática assistencial saiba classificar a LPP, pois é a partir da classificação que a equipe pode planejar estratégias de cuidados para promover um melhor atendimento e consequentemente uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento dos enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário, quanto a identificação e classificação da lesão por pressão (LPP).

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado junto a enfermeiros assistenciais (n=120) de um hospital de ensino do Paraná no ano de 2019.

Foram considerados como critérios de inclusão ser enfermeiro do serviço assistencial e independente do vínculo institucional. Como critério de exclusão, compor o quadro assistencial da Clínica Obstétrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Centro Cirúrgico, tendo em vista a baixa incidência de notificações sobre LPP nesses setores. Ainda, considerou-se como exclusão trabalhar em setores administrativos e no plantão noturno, pela dificuldade em acessar os respondentes e alta recusa em participar.

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2019, a partir de um questionário construído especificamente para o estudo em questão, baseado no Teste de Conhecimento sobre Lesão Por Pressão de Caliri – Pieper (GALVÃO et al., 2017; OLIVEIRA CARVALHO

et al., 2019). O questionário dispôs de características demográficas e laborais e de sete questões referentes à idade, sexo, turno, tempo de formação, local de trabalho e tempo de trabalho no referido setor além de vínculo com a instituição, acrescido de sete perguntas fechadas – sim e não – referentes ao conhecimento do profissional relacionadas a LPP (aptidão para identificação, avaliação e estadiamento da LPP), que foram tratados e categorizados em padrões de respostas corretas (peso=1) e incorretas (peso=0).

O questionário foi aplicado aos profissionais após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregues em seu ambiente e horário de trabalho nos turnos da manhã e tarde, não sendo permitido levar o questionário para a casa ou fazer qualquer tipo de consulta.

Após a coleta, os dados foram tabulados e categorizados no software Microsoft Excel® 2019 e posteriormente analisados. Considerou-se como variável dependente o conhecimento acerca da estratificação da Lesão Por Pressão (LPP) sendo classificada de acordo com os acertos: 5 acertos (100%), 4 acertos (80%) e 3 acertos ou menos (<80%). E como variáveis independentes a idade, sexo, tempo de formado, setor que trabalha, vínculo com o hospital, conhecimento dos meios para notificar na instituição, realização de notificação prévia, quantas dessas notificações eram de lesão de pele nos últimos 30 dias a partir do dia que respondeu o questionário, tem dificuldade para notificar qualquer lesão de pele, verifica necessidade de treinamento prévio para realizar notificações, aptidão para identificar a lesão por pressão e considera a avaliação papel exclusivo do enfermeiro. Para analisar à associação entre os itens pesquisados, foi utilizado o teste não paramétrico Qui-Quadrado. E considerou-se o p valor ≤0,05 para avaliar à associação entre as variáveis estudadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa sob o parecer nº 2.461.494 e CAAE nº 81453417.1.0000.0105.

3 | RESULTADOS

O estudo totalizou 61 enfermeiros que compõem o quadro assistencial dos setores do hospital mencionado. As perdas na amostra ocorreram devido a profissionais estarem de licença e férias no período da coleta ou recusa em participar, totalizando em 49% (n=59).

Quanto as características sociodemográficas, houve predomínio de enfermeiros do sexo feminino (59,5%), na faixa etária entre 20 a 29 anos (64,7%), formados há mais de 1 ano (67,4%) e pertencentes ao quadro assistencial da UTI adulto (58,3%). Ainda, verificou-se que a maioria dos entrevistados atuavam como residentes nos mais diversos programas no referido hospital (68,4%). Já em relação às notificações, a maior parte dos entrevistados refere conhecer os meios para notificar (61,8%), referiram ter realizado alguma notificação nos últimos 30 dias (64,9%) e destas notificações a maioria não respondeu quantas eram sobre as lesões de pele (54,8%). Ao questioná-los se encontravam alguma dificuldade para

notificar, grande parte relatou que não encontrava (70,0%) e acreditavam ser necessário um treinamento prévio para realizar as notificações (60,3%). Quando questionados se sentiam-se aptos para avaliar à LPP, a maioria respondeu que sim (97,3%) e que a avaliação não é papel exclusivo do enfermeiro (71,0%).

Em relação a análise do conhecimento acerca da classificação da LPP, 60,6% apresentaram total conhecimento (100% acerto), enquanto 22,9% tiveram conhecimento abaixo de 80%. Os dados sociodemográficos e de aptidão dos enfermeiros, demonstraram diferença significativa entre o tempo de formado e a aptidão para avaliar a LPP ($p \leq 0,05$) (Tabela 1).

Variável	**Classificação de acertos**			**Total n(%)**	***p valor***
	100%	**80%**	**<80%**		
Acertos	37(60,6)	10(16,4)	14(22,9)	61(100)	
Sexo					
Feminino	25(59,5)	6(14,3)	11(26,2)	42(68,8)	0,603
Masculino	12(63,1)	4(21,0)	3(15,8)	19(31,1)	
Idade					
20 a 29 anos	22(64,7)	4(11,8)	8(23,5)	34(55,7)	
30 anos ou mais	10(58,8)	4(23,5)	3(17,6)	17(27,9)	0,537
Não respondeu	5(50,0)	2(20,0)	3(30,0)	10(16,4)	
Tempo de formado					
Menos de 1 ano	7(41,2)	2(11,8)	8(47,0)	17(27,8)	
Mais de 1 ano	29(67,4)	8(18,6)	6(13,9)	43(70,5)	0,024
Não respondeu	1(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,6)	
Setor que trabalha					
Pronto Atendimento	5(45,4)	3(27,3)	3(27,3)	11(18,0)	
UTI adulto	14(58,3)	2(9,5)	5(23,8)	21(34,4)	
Clínica Médica	13(72,2)	3(16,7)	2(11,1)	18(29,5)	0,733
Clínica Cirúrgica	5(55,6)	2(22,2)	2(22,2)	9(14,7)	
Não respondeu	0(0,0)	0(0,0)	2(10,0)	2(3,3)	
Vínculo com o hospital					
Residente	26(68,4)	3(7,9)	9(23,7)	38(62,3)	
Concurso	7(58,3)	2(16,7)	3(25,0)	12(19,7)	0,159
Empresa	4(40,0)	4(40,0)	2(20,0)	10(16,4)	
Não respondeu	0(0,0)	1(10,0)	0(0,0)	1(1,6)	
Conhecimento dos meios para notificar					

Sim	34(61,8)	9(16,4)	12(21,8)	55(90,1)	0,804
Não	3(50,0)	1(16,7)	2(33,3)	6(9,8)	
Realizou alguma notificação					
Sim	24(64,9)	5(13,5)	8(21,6)	37(60,6)	
Não	11(50,0)	5(22,7)	6(27,3)	22(36,1)	0,499
Não respondeu	2(10,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(3,3)	
Se realizou alguma notificação, quantas eram de lesão de pele nos últimos 30 dias					
1 notificação	9(75,0)	1(8,3)	2(16,7)	12(19,7)	
Mais de 1 notificação	5(71,4)	1(14,3)	1(14,3)	7(11,5)	0,917
Não respondeu	23(54,8)	8(19,0)	11(26,2)	42(68,8)	
Dificuldade para notificar qualquer lesão de pele					
Sim	8(44,4)	3(16,7)	7(38,9)	18(29,5)	
Não	28(70,0)	6(15,0)	6(15,0)	40(65,6)	0,106
Não respondeu	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	3(4,9)	
Necessário algum treinamento prévio para realizar notificações a respeito de lesão de pele					
Sim	35(60,3)	9(15,5)	14(24,2)	58(95,1)	0,523
Não	2(5,4)	1(10,0)	0(0,0)	3(4,9)	
Sente-se apto para identificar uma lesão por pressão					
Sim	36(66,6)	9(16.6)	9(16,6)	54(88,5)	0,004
Não	1(14,3)	1(14,3)	5(71,4)	7(11,5)	
Avaliação de LPP é papel exclusivo do enfermeiro					
Sim	15(50,0)	6(20,0)	9(30,0)	30(49,2)	0,240
Não	22(71,0)	4(12,9)	5(16,1)	31(50,8)	

Tabela 1. Relação entre acertos da estratificação da Lesão Por Pressão, segundo características sociodemográficas e aptidão dos enfermeiros assistenciais em um Hospital Universitário. Ponta Grossa, Paraná (2019-2020), (n=61).

Fonte: Os autores.

4 | DISCUSSÃO

O cuidado da Lesão Por Pressão (LPP) é realizado, geralmente, pela equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro líder da equipe e responsável pela classificação da LPP, avaliação, prescrição e execução de curativos em todos os tipos de lesões (COFEN, 2018). Nesse contexto, para que o cuidado prestado seja de qualidade é importante que o embasamento científico seja constantemente atualizado e reforçado pelo profissional (OLIVEIRA CARVALHO et al., 2019).

No entanto, estudos demonstraram que o conhecimento em relação à prevenção, avaliação e classificação da LPP apresenta lacunas que advém desde a graduação

(RIBEIRO et al., 2019). Do mesmo modo, é percebido em profissionais de enfermagem, que a qualidade da assistência prestada fica prejudicada[11], corroborando com os achados do presente estudo, que demonstraram uma parcela significativa com conhecimento limitado em relação à estratificação das LPP. Essa parcela foi significativamente maior junto aos enfermeiros com pouco tempo de formados, demonstram que o tempo de formado é fator influenciador no conhecimento dos profissionais quanto à temática, o que vai de encontro com outros estudos da literatura (FULBROOK; LAWRENCE; MILES, 2019; OLIVEIRA CARVALHO et al., 2019).

O conhecimento limitado quanto a temática, é devido a necessidade de aprimoramento desde a graduação, pois, sabe-se que na maioria das grades curriculares dos cursos de Enfermagem não há aprofundamento no assunto (RIBEIRO et al., 2019). Além disso, autores evidenciam que maiores experiências na prática clínica e qualificações corroboram diretamente para o conhecimento crescente sobre as LPP (FULBROOK; LAWRENCE; MILES, 2019; OLIVEIRA CARVALHO et al., 2019). Dessa forma, justifica-se o achado que quanto menor o tempo de formato menor experiência e, consequentemente, menor o conhecimento.

Ainda, uma parcela dos enfermeiros entrevistados não se sente apta para identificar uma lesão por pressão, sendo significativo o baixo conhecimento destes profissionais na estratificação da lesão. A literatura ainda aponta que mesmo os enfermeiros que sentem-se aptos a identificar as lesões podem apresentar fragilidade na identificação dos estágios iniciais da lesão (GALVÃO et al., 2017; OLIVEIRA CARVALHO et al., 2019).

É sabido que quanto mais tardiamente o enfermeiro identificar o desenvolvimento da LPP, mais demorará para intervir e prevenir sua progressão. Assim, enfatiza-se a indispensabilidade de investir em estratégias de educação permanente e continuada, sobre a identificação, classificação e avaliação da lesão por pressão, especialmente, quando há novos integrantes na equipe, possibilitando mais conhecimento na prática profissional do enfermeiro, além de, destacar a importância da identificação da LPP (OLIVEIRA CARVALHO *et al.*, 2019).

Diante disso, a LPP configura-se como um evento adverso que contribui significativamente para o risco de infecção e sepse, podendo prolongar o tempo de internação e os custos dos serviços de saúde (SERRA *et al.*, 2018). E apesar do caráter preventivo e a constante necessidade de aperfeiçoamento dos cuidados de saúde, a LPP apresenta-se com elevada prevalência, especialmente em idosos hospitalizados (ANDRADE *et al.*, 2018). Ainda, autores apontam ampla variabilidade de prevalência de LPP em indivíduos hospitalizados, com índices entre 8% a 40% (JAUL *et al.*, 2018; ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

Além disso, autores evidenciam que eventos adversos podem aumentar o tempo de internação e, consequentemente, aumentar os gastos hospitalares (MERCENAS *et al.*, 2020). Em outro estudo similar relaciona-se os custos hospitalares com os estágios das lesões, comprovando que quanto mais avançado o estágio maiores serão os gastos para o

tratamento (CAMINHA; LOPES; NOGUEIRA, 2017).

Nesse sentido, quanto antes ocorrer a identificação da lesão menor será seu gasto e consequentemente mais rapidamente seu tratamento e melhora. Destaca-se que a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem possui relação direta com o tempo de internação e os altos custos hospitalares, pois é papel do enfermeiro elaborar medidas de precaução e intervenção no cuidado da LPP (CAMINHA; LOPES; NOGUEIRA, 2017; MERCENAS *et al*., 2020).

Tendo em vista o impacto causado pela LPP no ambiente hospitalar, é de suma importância o envolvimento do enfermeiro como protagonista na identificação e classificação da LPP para que possa elaborar cuidados específicos e aplicar as medidas preventivas na internação (DA SILVA *et al*., 2019).

Dessa forma, para que o profissional de enfermagem sempre seja atualizado é necessário que o Núcleo de Educação Permanente (NEPE) da instituição, desenvolva estratégias de treinamento visando entender a realidade local e, posteriormente, planejando ações baseadas em evidências científicas para transformá-la (AMARO *et al*., 2018). Em contrapartida, o que se encontra na prática é resistência dos profissionais e falta de comprometimento no processo educativo, justificadas pela alta demanda assistencial (LAVICH *et al*., 2017).

O estudo apresentou algumas limitações, como a aplicação do questionário em apenas uma instituição, não abrangendo a realidade de outros locais, perda amostral significativa devido, principalmente, a recusa em participar do estudo, além de contemplar apenas um turno em consequência do frenesi noturno declarado pelos profissionais durante a aplicação do questionário. Portanto, aconselha-se realizar novas pesquisas quanto à temática visando as limitações expostas, para que assim possa detalhar as questões e, consequentemente, traçar estratégias e intervenções para aumentar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

No entanto, as limitações não minimizam a importância do presente estudo, uma vez que assim como em estudos anteriores já citados, evidencia-se que o conhecimento dos enfermeiros quanto à identificação, classificação e avaliação da LPP é ineficiente. Constatando a necessidade de aperfeiçoamento constante, até mesmo com aqueles profissionais que se sentem aptos, pois, também apresentam lacunas em seu conhecimento. Além disso, evidencia-se a necessidade de educação continuada e permanente, especialmente, com os profissionais recém-formados.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que existe um déficit no conhecimento dos enfermeiros quanto à identificação, avaliação e classificação da LPP, em especial em profissionais com menor tempo de formação e com sensação de falta de aptidão para avaliação. Evidenciando

a necessidade de capacitações e atualizações de forma contínua, principalmente, para esta população. Dentro deste contexto, o enfermeiro deve munir-se de conhecimento e evidências sobre o assunto, qualificando seu cuidado, reduzindo gastos hospitalares induzidos pelo tratamento da LPP, tempo de internação e desgaste familiar, influenciando diretamente na melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família.

REFERÊNCIAS

AMARO, M. D. O. F. *et al*. **Concepções e práticas dos enfermeiros sobre educação permanente no Ambiente hospitalar**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 22, n. 2, p. 87–94, 2018. DOI: 10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6337

ANDRADE, C. C. D. *et al*. **Occurrence of pressure ulcer and epidemiological and clinical profile of patients hospitalized in a hospital unit of the Hospitalar de Minas Gerais Foundation**. Rev. Méd. Minas Gerais, v. 28, n. Supl 5, p. 161–167, 2018. DOI: 10.5935/2238-3182.20180132

BARBOSA, J.; SALOMÉ, G. **Ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em um hospital-escola**. ESTIMA, v. 16, n. e2718, p. 1–8, 2018. DOI: 10.30886/estima.v16.523_pt

CAMINHA, V.; LOPES, A.; NOGUEIRA, L. T. **Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos**. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 51, p. 03231, 2017. DOI: 10.1590/s1980-220x2016014803231

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0567/2018.** Regulamento da Atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos Pacientes com Feridas, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RE_528_2001_COMP.pdf/55e7e07a-fb1d-43e9-91f4-75e318d466a8>. Acesso em: 08 jun. 2021.

DA SILVA, S. V. *et al*. **Lesão por pressão: análise de prontuários e notificações do evento adverso**. Vigil. Sanit. Debate, v. 7, n. 1, p. 42–47, 2019. DOI: 10.22239/2317-269x.01210

FULBROOK, P.; LAWRENCE, P.; MILES, S. **Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Management: A Cross-sectional Survey.** J. Wound Ostomy and Continence Nurs, v. 46, n. 2, p. 106-112, 2019. DOI: 10.1097/WON.0000000000000508

GALVÃO, N. S. *et al*. **Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão**. Rev. Bras. Enf., v. 70, n. 2, p. 312–318, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0063

JAUL, E. *et al*. **An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults**. BMC Geriatr., v. 18, n. 1, 11 dez. 2018. DOI: 10.1186/s12877-018-0997-7

LAVICH, C. R. P. *et al*. **Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem**. Rev. Ga**ú**. Enf., v. 38, n. 1, p. e62261, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.62261

LI, Z. *et al*. **Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: a systematic review and meta-analysis.** Int. J. Nurs. Stud., v. 38, n. 1, p. e62261, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113142/>. Acesso em: 8 jun. 2021

MERCENAS, S. L. G. *et al*. **Caracterização das internações hospitalares de idosos no sus em sergipe: estudo epidemiológico descritivo do ano de 2018.** Interfaces Cient., v. 8, n. 2, p. 9–22, 16 abr. 2020. DOI: 10.17564/2316-3798.2020v8n2p9-22

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **NPUAP Announces a Change in Terminology From Pressure Ulcer to Pressure Injury and Updates the Stages of Pressure Injury**. 2016. Disponível em: <https://www.woundsource.com/blog/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-change-in-terminology-pressure-ulcer>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OLIVEIRA CARVALHO, F. M. *et al*. **Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão**. Rev. Pesq. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), v. 11, n. 3, p. 560, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.560-566

OLIVEIRA, V. C.; CONSTANTE, S. A. R. **Lesão por Pressão: uma revisão de literatura**. Psicol. Saúde Debate, v. 4, n. 2, p. 95–114, 25 jul. 2018. DOI: 10.22289/2446-922x.v4n2a6

PACHÁ, H. H. P. *et al*. **Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva : estudo de caso-controle**. Rev. Bras. Enf., v. 71, n. 6, p. 3203–3210, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0950

RIBEIRO, A. M. N. *et al*. **Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre lesão por pressão**. Rev. Rene, v. 20, p. e41016, 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.20192041016

SERRA, R. *et al*. **Skin tears and risk factors assessment: a systematic review on evidence-based medicine**. Int. Wound J., v. 15, n. 1, p. 38–42, 1 fev. 2018. DOI: 10.1111/iwj.12815

SHEA, J. D. **Pressure sores: classification and management**. Clin. Orthop. Relat. Res., v. No.112, n. 112, p. 89–100, 1 out. 1975. DOI: 10.1097/00003086-197510000-00012

ZIMMERMANN, G. DOS S. *et al*. **Pressure injury risk prediction in critical care patients: An integrative review**. Texto e Contexto Enf., v. 27, n. 3, p. e3250017, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018003250017

CAPÍTULO 14

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 06/07/2021

Elianne Aline Menezes da Silva Lavor
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará

Larissa Pereira de Barros Borges
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/8073568313433400

Simone Daria Assunção Vasconcelos Galdino
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/8485816115786271

Ana Sheyla Falcão Modesto
Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/1402832784663840

Carla Patricia Santos dos Santos
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/7859407010038028

Ricardo Marins Carneiro
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará

Dayane Souza da Silva
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará

Geferson Afonso Gaia Picanço
Faculdade Cosmopolita
Belém – Pará
Orcid: 0000-0002-4289-0326

RESUMO: Destaca-se a importância do cuidado multidisciplinar ao paciente com fibrose cística como forma de oportunizar melhor acompanhamento e prognostico a quem recebe cuidado integral. A fibrose cística, é doença genética, crônica multissistêmica, com relevante avanço em cuidados e terapêuticas nas últimas décadas, que vem resultando em aumento médio de sobrevida do paciente até a idade adulta e em melhores condições de vida. Entretanto, tais avanços mostram-se diretamente ligados aos diferentes elementos que foram incorporados ao tratamento e à assistência oferecida a estes pacientes, centrado num cuidado multidisciplinar, relacionado principalmente com um maior número de profissionais de saúde motivados e envolvidos, entre estes o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, psicólogo e assistente social. Desta forma, objetivou-se compreender a experiência do processo de tratamento da criança com diagnóstico de fibrose cística na perspectiva da equipe multidisciplinar, numa revisão integrativa de literatura, sobre os hospitais de referência para a patologia. Metodologicamente, optou-se por um estudo de revisão integrativa de literatura, no qual os resultados apontam que hospitais referenciados que já trabalham o cuidado integral e a visão interdisciplinar e multiprofissional da assistência oferecem ao paciente melhores condições de vida e menores números de intercorrências e

internações. A título de conclusão, acredita-se que o cuidado multiprofissional, na perspectiva do cuidado integral, traz mudanças significativas no dia a dia e no acompanhamento do paciente e de seus familiares, fazendo com que estes além de apoiados e assistidos recebam protocolos eficazes para o seguimento do tratamento e evolução.
PALAVRAS - CHAVE: Fibrose Cística. Cuidado Multiprofissional. Cuidado Integral.

THE IMPORTANCE OF MULTIDISCIPLINARY CARE TO PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS

ABSTRACT: The importance of multidisciplinary care for patients with cystic fibrosis is highlighted as a way to provide better monitoring and prognosis for those who receive comprehensive care. Cystic fibrosis is a genetic, chronic multisystem disease, with relevant advances in care and therapies in recent decades, which has resulted in an average increase in patient survival to adulthood and in better living conditions. However, such advances are directly linked to the different elements that were incorporated into the treatment and care offered to these patients, centered on multidisciplinary care, mainly related to a greater number of motivated and involved health professionals, including the doctor, nurse , physiotherapist, pharmacist, nutritionist, psychologist and social worker. Thus, the objective was to understand the experience of the treatment process of children diagnosed with cystic fibrosis from the perspective of the multidisciplinary team, in an integrative literature review on reference hospitals for the pathology. Methodologically, we opted for an integrative literature review study, in which the results show that referenced hospitals that already provide comprehensive care and an interdisciplinary and multidisciplinary view of care offer patients better living conditions and fewer complications and hospitalizations. In conclusion, it is believed that multidisciplinary care, from the perspective of comprehensive care, brings significant changes in the day-to-day and in the monitoring of patients and their families, making them, in addition to being supported and assisted, to receive effective protocols for the follow-up of treatment and evolution.
KEYWORDS: Cystic Fibrosis. Multiprofessional care. Comprehensive Care.

1 I INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma discussão sobre a importância do cuidado multiprofissional ao paciente com Fibrose Cística, doença genética, crônica, degenerativa e que envolve complicações multissistêmica, com predominância sobre os sistemas digestivo e respiratório, sendo também conhecida como mucoviscidose, dada a produção de muco no organismo, que representa a característica principal de sua ocorrência (ANTUNES, 2009).

Sobre o termo mucoviscidose, isso se deve ao acúmulo de secreções mais densas e pegajosas nos pulmões com consequente infecções pulmonares crônicas, sendo esta a principal característica da doença, bem como a causadora do maior risco de complicações em pacientes com quadros agravados pela degeneração que fazem no trato digestivo e em outras áreas do corpo (ROSA et al., 2009).

O interesse e a preocupação pela doença, deve-se ao fato de seu prognóstico por

muitos anos ter sido desestimulador, pelo caráter irreversível da patologia, cuja evolução não permitia que os pacientes sobrevivessem até a adolescência. Mas, o avanço da medicina, o crescimento e o fortalecimento de hospitais de referência, as pesquisas, os novos conhecimentos adquiridos e a percepção sobre a importância de um trabalho multiprofissional trouxeram uma melhor perspectiva e qualidade de vida aos pacientes em tratamento. Isso aumentou a sobrevida média dos pacientes nos Estados Unidos até 35 anos, podendo resultar em sobrevida superior a 50 anos nos casos de diagnóstico precoce (FARRELL & FARRELL, 2003).

O diagnóstico da doença, nos países europeus e nos Estados Unidos, é realizado precocemente (triagem neonatal), antes do primeiro ano de vida, permitindo o tratamento e controle de variáveis que estão diretamente associadas ao prognóstico da doença. Nos países desenvolvidos, a maioria dos pacientes tem diagnóstico firmado antes dos dois anos de idade. No Brasil, 40 a 50% dos casos são diagnosticados após três anos de idade (ANTUNES, 2009).

No Brasil, o aumento do diagnóstico da fibrose cística, aumentou devido ao maior conhecimento e atenção à doença nos cursos de medicina, bem como, pela maior divulgação para a população através de campanhas de esclarecimentos, como o Dia Nacional de Divulgação e Conscientização da Fibrose Cística, com a presença de profissionais de saúde e associações de pais, bem como com a ampliação diagnóstica realizada no teste do pezinho e a maior adesão à sua realização, ainda que esta possa ser uma realidade distante em muitas cidades do interior do Brasil (ANTUNES, 2009).

Neste contexto, a compreensão dos mecanismos básicos da doença, decorrente de pesquisas recentes, tem sido a chave para o aumento da sobrevida e a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Por consequência, a melhora na sobrevida e o crescente número de pacientes adolescentes e adultos que convivem com a doença exigiram, nos últimos anos, a criação de equipes de saúde multiprofissional, dada a complexidade do tratamento dão o sinal para que as boas práticas e os bons resultados possam ser multiplicados e melhores estruturados (DALCIN et al., 2009).

Nesta perspectiva, Moré (2006), quando afirma que a equipe multiprofissional é a soma das diferentes vozes e saberes que se congregam numa ação de saúde, no melhor acolhimento da pessoa, entende-se que no tratamento das doenças raras, como é o caso da fibrose cística isso deve ser valorizado e preconizado.

Logo, a problemática investigada aqui é: Como o tratamento por equipe multiprofissional e integrada pode ser o diferencial para o acompanhamento de pacientes portadores de fibrose cística e seus respectivos prognósticos?

E, com base neste questionamento central, e baseado na pesquisa por evidências bibliográficas sobre a temática, como questões norteadoras investiga-se: Como vem sendo feito o tratamento por equipe multiprofissional em Hospitais de Referência para pacientes com fibrose cística? Quais as contribuições do tratamento conduzido por equipe

multiprofissional para pacientes com fibrose cística? Quais os resultados positivos a partir do tratamento por equipe multiprofissional na fibrose cística?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica descritivo, exploratório realizado via online utilizando-se como objetos artigos científicos indexados no acervo científico das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Serão incluídos artigos científicos disponíveis nas bases de dados estipuladas, cuja busca se realizará com base nos descritores “fibrose cística”; “equipe multiprofissional” e; “Centros de Referência”, retirados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), publicados na íntegra, em português, inglês ou espanhol, no período de 2000 a 2020, haja vista as publicações nesta temática não serem tão frequentes quando se analisa este viés.

Os critérios de exclusão opõem-se ao que é necessário e, serão excluídas as referências que: (1) não abordarem os descritores; (2) não apresentarem Resumo do artigo com abordagem sobre o enfoque multiprofissional; (3) estiverem em idioma diferente do português, inglês ou espanhol; (4) não apresentarem artigo completo; (5) estiverem fora do período de publicação dentro da data estipulada, sendo anteriores a 2010.

Na intersecção dos descritores na base de dados após leitura exaustiva foram selecionados quatro artigos. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados com base no critério metodológico, usando as fases da pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados, os quais são apresentados a seguir divididos em categorias para discussão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Fibrose Cística: Doença Rara, Crônica e Multissistêmica

Considerando que a fibrose cística possui sinais e sintomas que envolvem diferentes áreas do corpo e, por isso exigem ações e condutas diferenciadas, a partir de um cuidado multiprofissional, realizado por equipe multiprofissional, é fundamental avaliar como deve ser oportunizado o acompanhamento adequado a fim de gerar impacto prognóstico, melhorando a sobrevida e a qualidade de vida dos indivíduos com FC.

A Fibrose Cística ou mucoviscidose é uma doença de origem genética, com complicações multissistêmicas, por isso, suas repercussões trazem uma gama de sinais e sintomas, fazendo-se necessárias terapias diárias com assistência multiprofissional dotada de uma visão integrativa. Além disso, trata-se de uma enfermidade congênita letal, vista como a de maior incidência entre populações caucasianas, e de menor ocorrência entre negros e asiáticos (FRANCKX et al., 2015).

Por ser uma doença rara, encontrase presente no escopo de tratamentos ofertados pelo SUS com legislações específicas, mas infelizmente, na maioria das localidades brasileiras, ainda, sem a assistência adequada.

Conforme estudo de Simmons (2010), a doença é caracterizada ainda como crônica, com origem monogenética cujo comprometimento está no cromossomo 7, que acarreta disfunção de proteína chamada de CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Condutance Regulator), que tem como principal função, ser um canal de transporte do cloro.

Ainda conforme o autor, calculam-se que existem 1.938 mutações catalogadas desta proteína, o que justificam as inúmeras e diferenciadas manifestações clínicas existentes para esta patologia, porém, dentre os diversos sintomas, destacam-se os comprometimentos gastrointestinal, concentrações elevadas de cloreto no suor e complicações respiratórias, sendo esta a principal causa de morbimortalidade da fibrose cística (SIMMONS, 2010).

Por sua caracterização e complexidade para tratamento, cuidado e enfrentamento, a Fibrose Cística tem servido de padrão para a elaboração de protocolos de acompanhamento de pacientes em ambulatório, para o desenho de planos de dispensação de medicamentos e também como modelo de enfermidade que congrega diversos segmentos da atenção médica ao necessitar da formação de equipes multiprofissionais para um cuidado mais efetivo do paciente.

Assim, por seu caráter multissistêmico, exigindo a formação de centros de diagnóstico e tratamento, há também um maior avanço em diversas áreas, como Fisioterapia, Bacteriologia, Genética e Biotecnologias, Enfermagem, Terapêutica e Medicina de Transplantes, entre outras e, neste contexto de compreensão conceitual, entre os maiores ensinamentos que a Fibrose Cística carrega é o da necessidade do trabalho harmônico em equipe multiprofissional para um melhor entendimento e atendimento do paciente (SIMMONS, 2010).

Logo, mediante atendimento das Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, a FC está dentre as 6.000 a 8.000 DR conhecidas, vista como doença rara de origem genética/anomalias congênitas caracterizadas por diversos sinais e sintomas que variam não só de doença para doença, como de pessoas para pessoas; comprometendo a qualidade de vidas dessas pessoas e de seus familiares. Além disso, exige seguimento e tratativa por todas as diretrizes do SUS, bem como em todos os níveis de atenção da assistência, para que haja um cuidado integral (BRASIL, 2014).

3.2 A Importância do Cuidado Multiprofissional

Quanto a importância do cuidado multiprofissional no seguimento de patologias crônicas e em respeito ao cuidado integral preconizado pelo SUS, ressalta-se que a interdisciplinaridade é essencial para a atenção qualificada aos problemas de saúde. O objetivo da saúde integral exige que todos os recursos possíveis estejam integrados para promovê-la. Estudos realizados em Hospitais de referência, tendem a apontar em seus

resultados que a institucionalização de um processo de trabalho em equipe caracterizado pelo compartilhamento das responsabilidades comuns a toda equipe de saúde em torno da promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação e manutenção da saúde eventualmente perdida, é um objetivo com resultados consistentes e demonstráveis (FRANCKX et al., 2015).

Assim, acredita-se que este cuidado multiprofissional reflete, antes de tudo, um compromisso de reflexão sobre a prática individual, assumido por cada profissional e especialista necessário ao cuidado da patologia. Envolve um grupo que vai além de nomes e rostos, entre eles: a equipe de saúde, que compartilha momentos de pesquisa e produção científica; as instituições envolvidas com o compromisso de atuar de forma competente sobre os problemas de saúde, e a sociedade, que terá mais recursos e melhor cuidado para apoiar os profissionais a desenvolverem suas atividades no limite do estado da arte, desde que estes também possam contar com os recursos mínimos necessários para o tratamento da patologia e seus desdobramentos.

O cuidado multiprofissional ao paciente com fibrose cística representa a atuação simultânea de diferentes especialistas e terapêuticas sobre uma doença genética, crônica e degenerativa, também chamada de mucoviscidose, pelo muco característico da patologia, que atinge diferentes sistemas e, exige permanente controle, principalmente sobre o comprometimento respiratório, digestivo e reprodutor e, além disso representa uma forma de cuidado que olhe as manifestações clínicas de forma integrada, tratando o todo com base no conhecimento e na atuação de diferentes profissionais. (FRANCKX et al., 2015).

3.3 Recursos e Cuidados Necessários para o Atendimento das Necessidades de Pacientes com Fibrose Cística

Quanto aos recursos e cuidados necessários para o atendimento das necessidades de pacientes com fibrose cística, ressalta-se o tratamento da mucoviscidose deve ser baseado em fisioterapia respiratória, antibioticoterapia adequada, suporte nutricional, apoio psicológico, prática regular de exercícios físicos e cuidados de enfermagem (DALCIN et al, 2004). Necessitando de uma rotina diária de tratamentos, requerendo a coparticipação do paciente e seus familiares (BITTENCOURT; MILAGRES, 2015)

Para Romanelli et al (2015), a composição da equipe multiprofissional em sua essência é basicamente a mesma nos diversos centros de referência em FC, com apontamentos semelhantes na literatura sendo consenso por tanto, que a equipe multiprofissional possibilita um tratamento mais abrangente e garante melhor qualidade de vida para esses pacientes, sendo composta essencialmente por: pediatras, quando houver atendimento a crianças e adolescentes; pneumologistas; gastroenterologistas; fisioterapeutas; nutricionistas; enfermeiros; psicólogos; farmacêuticos e assistentes sociais.

E, conforme documento legal, a constante necessidade de diversas terapêuticas e os altos custos dessas demandas fazem esses pacientes recorrerem ao SUS. Que por meio

de sua legislação oportuniza a garantia de acesso livre, universal e igualitário à serviços de saúde, baseado nos princípios de universalidade do acesso, integralidade do atendimento, equidade da distribuição dos recursos, participação da comunidade, regionalização e hierarquização da assistência (BRASIL, 1990).

Para organização desses serviços foram elaboradas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, com estabelecimento de diretrizes que têm como intento promover a equidade, por exemplo, do acesso aos serviços de saúde como as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, que tem como objetivo “organizar a atenção às pessoas com doenças (DR) no âmbito do SUS” (BRASIL, 2014). Como destacado nas Diretrizes para o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, é necessário o conhecimento dos serviços, formando uma rede integrada, articulada, composta pelos três eixos de complexidade, viabilizando um sistema efetivo de referência e contra referência (BRASIL, 2013).

Assim, a ambiciosa concepção do SUS, que garantiu a saúde como direito de todos os brasileiros, tem na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com fibrose cística mais um exemplo de que um sistema de saúde orientado por seus princípios.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de saúde e qualidade de vida, esta pesquisa reafirma e constata que a ação de equipe multiprofissional de forma adequada pode contribuir para o melhor bem estar do paciente e para o aumento de sua expectativa de vida.

Academicamente, a pesquisa serviu para fortalecer e estimular estudos na área das doenças obstrutivas crônicas bem como despertar o interesse de outros profissionais e alertar para os casos e necessidades específicas da doença, haja vista o grande dilema da doença ser a possibilidade de finitude iminente do paciente, a qual gera um embate de significados entre a família e a equipe de profissionais.

Ao fim, constatou-se que a criação de uma equipe multidisciplinar para o tratamento da doença não é tarefa fácil, como se percebe em todo território brasileiro, haja vista os centros de referência estarem localizados em capitais ou cidades de maior estrutura e ainda serem limitados e com inúmeras dificuldades de recursos humanos e financeiros, pelo Norte e Nordeste Brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, E.T. Epidemiologia. In: Ludwig Neto, N. **Fibrose cística:** enfoque multiprofissional. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis. 688 p., 2008.

ARIAS, R. P. L., GARCÍA, C. B., & MARTÍN, J. J. D. Treatment compliance in children and adults with Cystic Fibrosis. **Journal of Cystic Fibrosis**. 7 (5), 359-367, 2008.

BITTENCOURT TG, MILAGRES BS. Aspectos genéticos e epidemiológicos acerca da Fibrose Cística THAINÁ GONÇALVES BITTENCOURT 1 [Internet]. **Repertório Institucional.** Brasília; 2015. Disponível em: http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/6856/1/21202951.pdf

BRASIL. **Diretrizes Para Atenção Integral Às Pessoas Com Doenças Raras No Sistema Único De SaúdeSus.** Ministério da Saúde [Internet]. 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/sas. Acesso em 10 jan. 2021.

BRASIL. **Lei No 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Ministério da Saúde [Internet]. 1990 Sep; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** [Internet]. 2013. Disponível em: www.saude.gov.br/dab. Acesso em 10 jan. 2021.

DALCIN, P. T. R; RAMPON, G., PASIN, L. R., BECKER, S. C., RAMON, G. M., & OLIVEIRA, V. Z.. Percepção da gravidade da doença em pacientes adultos com fibrose cística. **J. Bras. Pneumol**, 35 (1), 27- 34. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000100005&lng=pt.doi: 10.1590/S1806-37132009000100005. Acesso em: 02 set. 2020

FARRELL, M. H.,& FARRELL, P. M. Newborn screening for cystic fibrosis: ensuring more good than harm. **The Journal of pediatrics**, 143(6), 707-712, 2003.

FRANCKX, H., VERBRUGGEN, T; LESSIRE, F., DEREEPER, S., CHAPELLE, A.-C.; DE GUCHTENAERE, A.; DE BAETS, F.,& WÜRTH, B. **The effect of a short-stay revalidation program on lung function parameters and weight Journal of Cystic Fibrosis**, June, Vol.14, pp.S99-S99, 2015.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/. Acesso em: 2 jun. 2021.

MORÉ, C.L.O.O., & MACEDO, R. S. M. **A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PANTELL, R.H., STEWART, T.J., DIAS, J., WELLS. P.,& ROSS, W. Physician communication with children and parents. **Pediatrics**. 1982;70(3):396-402, 1982

REINERS, A.A.O., AZEVEDO, R. C.S., VIEIRA,M. A.,& ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Supl. 2), 2299-2306, 2008

ROSA, F.M.; VIEIRA, I.E.N.; NETO, N.L.; CUNHA, R.V.,& RUBI, S.M.G. Teste do Suor. In: Ludwig Neto, N. **Fibrose cística: enfoque multiprofissional.** Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis. 688 p., 2008

SARAIVA, L.M.,& OLIVEIRA, V.Z. Aspectos Psicológicos. In: Ludwig Neto, N. **Fibrose cística: enfoque multiprofissional**Secretaria do Estado da Saúde: Hospital Infantil Joana de Gusmão, 2. ed. rev. amp. Florianópolis: 2009. p. 573-589

SIMMONS NJ. Cystic fibrosis inforrmation the 21 st centuy. **Respir Med.**; vol. 24, p. 85–96, 2010.

CAPÍTULO 15

IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Data de aceite: 20/08/2021

Camila de Siqueira Rocha Cordeiro
Enfermeira, Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado. Escola de Governo em Saúde Publica de Pernambuco. Hospital Regional Dom Moura. Garanhuns, Pernambuco, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-6554-7849

Robervam de Moura Pedroza
Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus Pesqueira-PE
https://orcid.org/0000-0003-4771-3916

Joel Azevedo de Menezes
Enfermeiro, Especialista em Feridas e Dermatologia, Hospital Regional Dom Moura
https://orcid.org/0000-0002-9467-4975

Rosalva Raimundo da Silva
Bióloga, Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Pública, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-2096-9815

RESUMO: Objetivo: implantar a escala de Braden adulto na rotina de enfermagem para avaliação de riscos de lesão por pressão em pacientes internos. **Metodologia*:*** Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza qualitativa e quantitativa. Nos dados qualitativos foi considerada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, enquanto os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva simples, para construção de gráficos. **Resultados*:*** A maioria dos profissionais avaliaram como relevante a implantação do instrumento, e que é possível aplicar os conhecimentos adquiridos durante as atividades interventivas em suas práticas assistenciais. **Conclusão*:*** A pesquisa teve relevância por proporcionar o aprimoramento dos profissionais frente à prevenção de lesão por pressão e aplicabilidade da Escala de Braden, bem como a implantação do instrumento enquanto objeto do estudo na rotina de enfermagem. A intervenção contribui também para a qualidade da assistência no serviço e como passo norteador para outros estudos científicos.

PALAVRAS - CHAVE: Lesão por Pressão. Segurança do Paciente. Assistência a Saúde. Enfermagem. Eventos Adversos.

IMPLEMENTATION OF THE BRADEN SCALE IN THE MEDICAL CLINIC OF THE REGIONAL HOSPITAL IN THE STATE OF PERNAMBUCO

ABSTRACT: Objective: to implement the adult Braden scale in the nursing routine to assess the risk of pressure injury in inpatients. **Method**: This is an action research, qualitative and quantitative in nature. In the qualitative data, the technique of content analysis proposed by Bardin was considered, while the quantitative data were analyzed using simple descriptive statistics, for the construction of graphs. **Results**:

Most professionals assessed the implementation of the instrument as relevant, and that it is possible to apply the knowledge acquired during interventional activities in their care practices. **Conclusion**: The research was relevant for providing the improvement of professionals regarding the prevention of pressure injuries and the applicability of the Braden Scale, as well as the implementation of the instrument as an object of study in the nursing routine. The intervention also contributes to the quality of care in the service and as a guiding step for other scientific studies.
KEYWORDS: Pressure Injury. Patient safety. Health Assistance. Nursing. Adverse events.

INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LPP) diferente das demais alterações da pele constitui um problema de saúde publica cuja ocorrência implica altos custos para o sistema de saúde, impacto na qualidade de vida do indivíduo e família além de influir na morbimortalidade.[1]

A denominação desse tipo de lesão tem sofrido modificações ao longo do tempo, inicialmente eram denominadas de úlceras de decúbito, escaras, escaras de decúbito, úlceras de pressão e úlceras por pressão.[2] Atualmente, houve uma mudança na terminologia de Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão, de acordo a Sociedade Brasileira de Estomoterapia (SOBEST) a nova terminologia descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão tanto na pele intacta quanto na ulcerada.[3]

A Lesão por Pressão define-se como um dano localizado na pele ou em tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada a uso de dispositivos médicos. Esse tipo de lesão ocorre como resultado de uma pressão intensa isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção podendo ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão e comorbidades associadas.[4]

Sabe-se que as LPP's configuram um problema de grande magnitude, no entanto, no Brasil estudos apontam que não existem dados que mostrem a dimensão geral do problema.[2] Pesquisas estimam que a incidência de LPP nas UTIs esteja entre 10,62% a 62,5%, sendo que em unidades de clínica médica se encontrou uma incidência de 42,6% e, em unidades cirúrgicas, de 39,5%.[5]

As lesões por pressão desenvolvidas após a admissão do paciente nas instituições de saúde, em sua maioria, são consideradas eventos adversos potencialmente evitáveis. Segundo dados do Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), em 2014, das 8.435 notificações de evento adverso relacionado à assistência à saúde, 1.319 foram notificações de lesão por pressão, equivalendo a 15% dos registros.[6]

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos, constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas efetivas e imediatas para sua redução, nesse sentido, devido ao elevado índice de eventos adversos evitáveis em hospitais, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da portaria de nº 529/2013 com objetivo de melhorar a qualidade da assistência e

diminuir esses eventos adversos em todo território nacional.[7]

Estudos comprovam que a maioria das LPs pode ser evitada através da identificação precoce dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção. Para avaliar esses riscos, as diretrizes internacionais recomendam o uso de escalas de avaliação, sendo a mais utilizada no Brasil a escala de Braden.[1]

A escala de Braden adulto foi adaptada para língua portuguesa e validada para o Brasil em 1999, por Paranhos & Santos, tendo como objetivo identificar o risco de desenvolver lesão por pressão em pacientes a partir dos cinco anos de idade.[8]

Essa escala consiste em seis sub-escalas que avalia a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição, classificadas de 1 a 4, e fricção e cisalhamento, de 1 a 3, com um escore total potencial que vai de seis a vinte e três. Quanto menor for a pontuação obtida no escore total utilizando essa escala, maior será o risco do paciente desenvolver LPP.[9]

Atualmente, adota-se a seguinte categorização para classificar o risco do paciente: Risco baixo de 18 a 23; Risco moderado de 14 a 17; Risco alto de 10 a 13; e Risco muito alto escores iguais ou menores do que 09. È importante saber que a determinação do risco para o desenvolvimento de LP, por meio de uma escala específica, deve ser associada ao julgamento clínico, para se avaliarem outros fatores relacionados.[10-4]

A idade avançada e o longo período de internamento têm sido relacionados ao desenvolvimento de LPP. Estudos mostram que as primeiras LPP desenvolvem-se na primeira semana de hospitalização.[11] O que pode ser justificado pelo processo fisiológico de envelhecimento em decorrência das várias alterações na pele e em suas estruturas de suporte que, associadas a outras alterações como quadros agudos de doenças crônicas, tornam a pele mais vulnerável à pressão, ao cisalhamento e à fricção.[12]

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. Assim, todo paciente deve ser avaliado sistematicamente e minuciosamente no ato da admissão e diariamente até sua alta hospitalar, para essa finalidade deve ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.[13]

Considerado um problema de saúde persistente, a LPP causa sofrimento aos pacientes e familiares, gera altos custos à instituição além de aumentar a carga de trabalho das equipes de enfermagem que desempenham papel central nos cuidados. Nesse sentido, torna-se fundamental a adoção de medidas preventivas para reduzir a sua incidência, visto que esta é considerada um importante indicador de qualidade assistencial.[11]

Visto que o setor da clínica médica no hospital do estudo constitui um setor de longa permanência, além de o perfil predominante corresponder a idosos, com patologias crônicas agudizadas e restritos ao leito no qual classificam-se como grupo de risco para o desenvolvimento das LPP, torna-se necessário a avaliação desse risco de forma sistemática e rotineira por enfermeiros capacitados.

O estudo teve como objetivo implantar a escala de Braden adulto na rotina de enfermagem para avaliação de riscos de LPP em pacientes internos na clínica médica do Hospital Regional Dom Moura, a partir de um instrumento, que proporcione a equipe aprimorar os conhecimentos de enfermagem da clínica médica a cerca das LPP, visando a identificação precoce dos riscos de desenvolver LPP e a sua correta aplicabilidade. Desta feita, justifica-se a importância da implantação da escala preditiva de avaliação risco, para que a partir dessa avaliação seja elaborar um plano de cuidado individualizado e centrado no paciente a fim de prevenir o surgimento de LPP, garantir uma assistência integral e de qualidade ao usuário, além de melhorar a qualidade da prática assistencial e atender aos requisitos legais voltados para a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza qualitativa e quantitativa. Que consistiu na implementação de um instrumento preditivo que avaliou o risco de o paciente desenvolver lesão por pressão, quais seja a Escala de Braden, junto a rotina dos profissionais de enfermagem do setor de clínica médica.

O estudo foi realizado na Clínica Médica do Hospital Regional Dom Moura, (HRDM) do município de Garanhuns-PE. O município de Garanhuns-PE situa-se na Região do Agreste Meridional do estado de Pernambuco e sedia a V Gerência Regional de Saúde (GERES) do estado, com uma população estimada de 138.642 habitantes em 2017.[15]

O Hospital Regional Dom Moura é referência hospitalar para uma população de mais de 500 mil habitantes, dos 21 municípios que compõem a V Gerência Regional de Saúde. O hospital dispõe de uma estrutura de 116 leitos, sendo 28 na clínica médica, atende os casos de emergência nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, obstetrícia, pediatria e ortopedia. Ao todo, são mais de 10,2 mil pessoas atendidas mensalmente.[16]

A população do estudo foi representada pelos profissionais de enfermagem da clínica médica, que correspondeu a 07 (sete) enfermeiros plantonistas, 01 (uma) enfermeira diarista, e 21 (vinte e um) técnicos em enfermagem, totalizando 29 (vinte e nove) profissionais. A amostra foi aleatória e intencional, sendo constituída pelos profissionais que estiveram escalados no setor da clínica médica do HRDM no período do estudo.

Foram incluídos na participação desta pesquisa todos os profissionais de enfermagem que atuam na Clínica Médica do HRDM, enfermeiros e técnicos em enfermagem que aceitaram participar da pesquisa. A vinculação desses profissionais ao serviço varia entre concurso público e plantões extraordinários, entretanto, todos foram considerados para a pesquisa, uma vez que esses profissionais já atuam há pelo menos um ano no serviço. Foram excluídos dessa pesquisa aqueles profissionais que se recusaram a responder o questionário, ou aqueles que no período da coleta dos dados encontravam-se afastados, de férias ou licença. Diante dos critérios de elegibilidade, a amostra foi representada por 07

(sete) enfermeiros plantonistas, 01(uma) enfermeira diaristas e 21 (vinte e um) técnicos em enfermagem, totalizando 29 (vinte e nove) profissionais.

Para alcança o objetivo proposto no estudo, foi necessária a construção de 4 etapas para o desenvolvimento das ações interventivas. A 1ª etapa constituiu na pactuação entre a Gestão Hospitalar, a Coordenação de Enfermagem, o Núcleo de Educação Permanente e a gerente do setor ao qual se destina a intervenção. Nesse momento, a proposta da intervenção foi apresentada às profissionais que compõem esses núcleos a fim de promover uma discussão acerca da importância do tema, bem como para o acolhimento de possíveis sugestões que viessem a surgir.

A 2ª etapa se deu pela aplicação de um questionário semiestruturado aos profissionais de enfermagem da Clínica Médica durante os sete dias da semana no período de 25/11 a 01/12/2019. O questionário foi elaborado com objetivo de obter um diagnóstico sobre o conhecimento dos profissionais relacionado à temática a fim de subsidiar o planejamento das etapas subsequentes. Sendo constituído de questões referentes à percepção dos profissionais a cerca das LPP, das medidas preventivas, do conhecimento da Escala de Braden e da importância da prevenção das LPP em pacientes hospitalizados. Os questionários foram entregues pela pesquisadora junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a participação se dava de forma voluntária e intencional. Sabendo que o setor correspondente ao estudo demanda bastante tempo dos profissionais, os questionários foram entregues em momentos oportunos que não coincidissem com os horários de medicação e/ou na realização de procedimentos aos usuários. Em relação à categoria profissional, responderam ao questionário um total de 29 (vinte e nove) profissionais, destes, 08 (oito) eram Enfermeiros e 21 (vinte e um) Técnicos de Enfermagem.

A 3ª etapa compreendeu a realização de rodas de conversa *in loco,* realizadas na sala de evolução da Clínica Médica. Primando pelo pensar, dialogar e construir, as rodas de conversa foram planejadas a partir da análise das informações dos questionários, cujas respostas expressaram o conhecimento dos participantes acerca da lesão por pressão. Durante o momento foi disponibilizado aos profissionais o instrumento objeto do estudo, qual seja, a escala de Braden e levada à discussão o termo “Lesão por Pressão”, dados epidemiológicos da ocorrência das LPP em pacientes hospitalizados, a escala de Braden enquanto instrumento preditivo e validado para avaliar o risco de LPP e a importância de avaliar previamente o risco de LPP para traçar o plano de assistência voltado para a prevenção das lesões. Após a discussão, os participantes receberam um questionário de satisfação no modelo de “Escala Likert” contendo questões relativas à satisfação do momento. Após esses momentos, foi divulgada a Oficina Pedagógica, que compôs a 4ª etapa da intervenção. As rodas de conversa ocorreram durante os sete dias da semana subsequente à 2ª etapa. Os momentos foram facilitados pela pesquisadora e contou com um total de 25 (vinte e cinco) profissionais participantes.

A 4ª etapa da intervenção constituiu a Oficina Pedagógica intitulada: “Assistência de Enfermagem na prevenção das Lesões por Pressão” e foi facilitada pelo enfermeiro especialista em feridas, membro da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFEE) e pela enfermeira pesquisadora. A oficina ocorreu em um único dia, com duração de aproximadamente 4 horas e se desenvolveu em três momentos: 1) Acolhimento dos participantes; 2) Discussões e reflexões abordando a temática; e 3) Realização da atividade central com construções, reflexões, contribuições e finalização. Com o objetivo de motivar a participação e enriquecer o momento foram utilizados conteúdos expositivos sob a luz da Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Segurança do Paciente, além das recomendações internacionais da *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP/NPUAP).

Para execução da oficina foram elaborados 03 (três) estudos de casos clínicos hipotéticos, voltados para a realidade local. Os casos foram distribuídos aos participantes, juntamente com a escala de Braden, para que, em grupo, eles pudessem discutir o caso, avaliar o risco de lesão por pressão de acordo com a escala de Braden e traçar um plano de cuidado de acordo com a necessidade e singularidade de cada caso. As atividades se desenvolveram em grupos denominados “G1, G2 e G3”, onde estes tiveram livre escolha de organização dos seus membros, o que possibilitou mobilidade entre eles, ampliando a troca de saberes. Ao todo, participaram da oficina 14 (quatorze) profissionais de saúde.

Com a finalidade de consolidar essa prática na rotina do serviço na Clínica Médica do Hospital Regional Dom Moura, foi elaborado um instrumento de planejamento voltada para a continuidade do aprimoramento dos profissionais frente a temática, para contemplar as ações de educação permanente no referido serviço ao longo do ano de 2020, integrando o plano de ação do Núcleo de Educação Permanente da referida instituição.

Os dados do estudo que emergiram dos questionários referentes às questões abertas foram tabulados e analisados através da técnica proposta por Bardin,[17] a análise de conteúdo consistiu nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A discussão possibilitou a identificação de 03 (três) categorias temáticas, conforme as falas dos sujeitos da pesquisa: 1) Boas práticas frente à prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados; 2) Importância da implantação da Escala de Braden como instrumento preditivo para avaliar o risco de desenvolver lesão por pressão; 3) Dificuldades e expectativas na prevenção de lesão por pressão a partir da avaliação do risco pela escala de Braden.

Considerando a natureza quantitativa do estudo, os dados referentes ao questionário de satisfação/ avaliação foram dispostos em tabelas após tabulação através do software Microsoft office Excel 2010, e em seguida analisados através do cálculo de valor percentual em relação ao nível de satisfação sobre a temática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Autarquia Educacional de Belo Jardim - AEB sob o CAAE: 21981019.6.0000.5189. As etapas da pesquisa foram

realizadas no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise realizada a partir das respostas expressas nos questionários permitiu compreender o ponto de vista dos profissionais em relação ao tema abordado. Nesse sentido, os dados deste estudo, após analisados e organizados por afinidade resultaram em três categorias temáticas, a saber: 1) Boas práticas frente à prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados; 2) Importância da implantação da Escala de Braden como instrumento preditivo para avaliar o risco de desenvolver lesão por pressão; 3) Dificuldades na prevenção de lesão por pressão a partir da avaliação do risco pela escala de Braden.

Estas categorias atendem o desenho deste estudo no que desrespeita ao aprimoramento do conhecimento sobre o tema Lesão por Pressão, contribuindo para a compreensão dos profissionais da saúde, do quanto ele é essencial para uma gestão do cuidado de enfermagem segura e de qualidade. Diante da magnitude do problema que as Lesões por pressão causam nos serviços de saúde, a prevenção tem sido apontada como o meio mais eficaz para minimizar esse evento adverso potencialmente evitável.[18]

Boas práticas frente à prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados

Essa categoria permitiu compreender quais as medidas preventivas das lesões por pressão e sua importância a partir do relato dos profissionais de enfermagem. As falas a seguir fazem referência a este fato: "*O principal método de prevenção é a mudança de decúbito, além do uso de colchão especial e manter o paciente higienizado (TE1)"* como também *"[...]utilizar hidrantes e cremes de barreira (E2)".*

Conhecer as medidas de prevenção das LPP é o primeiro passo para traçar um plano de cuidado baseado na necessidade do usuário, corroborando com os dados mencionados Santos e colaboradores em um de seus estudos sugerem que as principais medidas preventivas das LPP envolvam a mudança de decúbito, uso do colchão de poliuretano, hidratação da pele, posicionamento do paciente além da avaliação sistemática da pele.[19]

Ainda de acordo com as medidas de prevenção das LPP os profissionais fazem menção a práticas como: *"evitar atrito e pressão nas proeminências ósseas, uso de coxins e filmes transparentes para proteção da área de maior risco (E1)"* e *"(...) manter nutrição e hidratação adequada, uso de coberturas especificas para proteção da pele e avaliar o risco através da escala de Braden (E2)".*

Tanto quanto avaliar o risco do paciente desenvolver LPP diariamente, é importante que estratégias de prevenção sejam utilizadas para prevenir danos na pele como: inspecionar a pele diariamente e protegê-la contra excesso de umidade, ressecamento,

fricção e cisalhamento; usar superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade nesse caso a mudança de decúbito deve ser feita rigorosamente para redução da pressão e, para reduzir a fricção e a força do cisalhamento é indicado medidas como o posicionamento adequado e uso de técnicas corretas para a transferência e mudança de decúbito do paciente, além do uso de hidratantes e películas protetoras como os hidrocolóides finos e filmes transparentes. [4-18]

No que se refere a manter o paciente higienizado, principalmente quando se trata de casos com incontinência urinária ou fecal, a troca de fralda é recomendável imediatamente após ocorrer a eliminação, seja urinária ou fecal, com o intuito de minimizar o contato da pele com a umidade. É importante também realizar inspeção dos lençóis a cada mobilização do paciente no leito em busca de umidade, sujidade e vincos nos lençóis, pois a presença desses fatores potencializa o risco de LPP.[20]

Questionados quanto a importância de utilizar métodos para prevenir a incidência de lesão por pressão em paciente hospitalizados, todos os profissionais que participaram do estudo afirmaram ser de extrema importância para garantir uma assistência de qualidade aos usuários, no entanto, percebeu-se que alguns profissionais não identificam corretamente os métodos de prevenção das LP, nesse sentido, ressalta-se a importância de ações de educação permanente visando a capacitação e aprimoramento profissional através da integração do ensino em serviço primando pela qualidade da assistência e fortalecendo a politica de educação permanente na instituição.

É fundamental que os profissionais de enfermagem, principalmente o Enfermeiro, busque aperfeiçoamento constante de suas práticas a fim de implantar medidas que visem a identificação precoce de fatores de risco de LPP para assim nortear as condutas para o cuidado de acordo com o grau de risco apresentado por cada paciente. [11]

A partir do exposto evidenciou-se que a maioria dos profissionais reconhece a importância de prevenir as LPP bem como identificam os fatores de risco e conhecem as medidas que previnem esse evento adverso evitável, no entanto, apenas um profissional citou a escala de Braden como um instrumento de prevenção e avaliação do risco de lesão por pressão.

Importância da implantação da Escala de Braden como instrumento preditivo para avaliar o risco de desenvolver lesão por pressão

O uso de instrumentos de avaliação de riscos para o desenvolvimento de LPP permite identificar se o paciente apresenta risco e quais os fatores associados para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões quanto ao planejamento das medidas preventivas subsequentes a serem adotadas para cada paciente. Portanto, a escala de Braden constitui um instrumento preditivo de risco com a finalidade de identificar a vulnerabilidade do paciente para o desenvolvimento de lesão por pressão através de seis subescalas que refletem a percepção sensorial, umidade da pele, o grau de atividade e mobilidade, o estado

nutricional, e a exposição à fricção e cisalhamento, possibilitando maior resolutividade nas ações de prevenção.[21]

A presente categoria faz referência ao objeto do estudo e busca conhecer a percepção dos profissionais com relação a importância da implantação de um instrumento preditivo para avaliar o risco do paciente desenvolver lesão por pressão na rotina da equipe de enfermagem, quais seja a Escala de Braden.

Quando questionados se conheciam a Escala de Braden quanto instrumento para avaliar o risco de o paciente desenvolver LP, a maioria dos profissionais afirmaram conhecer o instrumento e não ter dúvida quanto a sua aplicabilidade, enquanto poucos referem desconhecer a Escala de Braden. Embora alguns relatarem não conhecer o instrumento, todos os profissionais afirmaram ser importante a implantação de um instrumento que norteie ações que previna as lesões por pressão na rotina de enfermagem. Os relatos a seguir referendam esse contexto:

"*Na minha opinião é extremamente importante implantar essa escala devido ao alto índice de pacientes idosos, restritos ao leito que é um fator de risco para desenvolver as LPPs (E3)". "[...] É importante implantar essa escala para tentar diminuir o índice de pacientes com LPP" (E1). "[...] Acho importante porque vai ficar registrado se o paciente já veio com a lesão ou desenvolveu no hospital durante o internamento" (TE4).*

Convergindo com esses relatos, estudos apontam a relevância da Escala de Braden, como uma das medidas de prevenção, e práticas de promoção que pode evitar o desenvolvimento da lesão por pressão a partir da ótica de profissionais de enfermagem.[1]

Ainda corroborando com os dados dessa pesquisa, um estudo realizado em um Hospital do Rio grande do Sul mostra que os profissionais de enfermagem referem ser importante o uso da Escala de Braden visto que o perfil dos usuários em questão corresponde a longo período de internamento, pacientes idosos, subnutridos e com mobilidade reduzida o que implica diretamente na possibilidade de desenvolvimento de LP demandando assistência rigorosa quanto a medidas preventivas.[5]

Nesse sentido, é importante a aplicação de escalas preditivas de risco na admissão do paciente e reaplicada diariamente ou sempre que houver alteração em seu estado clínico para que seja detectado precocemente o risco de desenvolver lesão por pressão a fim de adotar medidas preventivas, bem como verificar e registrar a existência de LPP já instalada.[13-22]

A avaliação sistemática do risco de desenvolver lesão por pressão por parte do profissional enfermeiro dá subsídio para traçar um plano de cuidado assegurando ao usuário uma assistência de qualidade, redução no tempo de internamento e nos custos hospitalares, além de proporcionar a equipe de enfermagem o respaldo legal em casos quando o paciente é admitido com a lesão já instalada. Visto que a prevenção de lesão por pressão configura um indicador de qualidade da assistência.[23]

A partir da fala dos profissionais, evidencia-se o perfil de risco aos quais os

pacientes internos na unidade de Clínica Médica representam e o quanto é importante ter um instrumento que possa avaliar o risco de o paciente desenvolver as LPP. Nesse sentido, estudos comprovam que a escala de Braden enquanto instrumento preditivo de risco é o mais utilizado no Brasil pela sua eficácia[11] e a que melhor se aplica ao perfil dos usuários no hospital do estudo.

Dificuldades e expectativas na prevenção de lesão por pressão a partir da implementação da escala de Braden

A implementação do instrumento poderá constituir um desafio no contexto do serviço, tendo em vista que muitos fatores podem comprometer a sua aplicação diante de algumas dificuldades apresentadas pelos profissionais, apesar de reconhecerem a sua relevância. Expectativas e dificuldades na prevenção das LPPs através da escala de Braden podem ser percebidas nas falas desses profissionais, tais como:

"[...] A avaliação pela escala de Braden torna a sistematização mais fidedigna e facilita a tomada de decisão (E6)". "[...] É importante prevenir as lesões, porém o serviço é muito e o número de profissionais pouco, é quase impossível prestar uma assistência de qualidade. A gente faz o que pode (TE10)" "[...] A sobrecarga de trabalho, falta de insumos e más condições de trabalho dificulta muito a prevenção das LPPs, mas na minha opinião o instrumento (Escala de Braden) com certeza vai ajudar bastante (E5)".

O enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de Enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado, gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser dispensada ao paciente.[21] No entanto, devido a sobre carga de trabalho relacionada ao mau dimensionamento da enfermagem acarreta, muitas vezes, em prejuízos na qualidade da assistência.

Um estudo realizado na Paraíba também evidenciou que os profissionais referem à falta de insumos e recursos além do número restrito de profissionais, fatores que implicam diretamente na prevenção das LP e dificuldades na prestação dos cuidados.[24] Para que seja prestada uma assistência de qualidade aos usuários é necessário que haja provimento de recursos humanos e insumos suficientes para esse fim, caso contrário haverá sobre carga profissional ocasionado dificuldades na prestação do cuidado e consequentemente aumentará o risco do paciente desenvolver lesões por pressão.[20-24]

Outro ponto observado a partir das intervenções realizadas com os profissionais do estudo foi a dificuldade na adesão as atividades de educação permanente, seja pelas demandas do serviço ou pela falta de interesse dos profissionais. Santos e colaboradores destacam ainda que dentre as principais dificuldades para a prevenção de LP além da deficiência de recursos humanos e escassez de insumos, pontua-se como dado bastante considerável a falta de adesão e interesse dos profissionais aos treinamentos e capacitações.[19]

Compreende-se a importância da integração do ensino em serviço e do envolvimento

dos profissionais em atividades de Educação Permanente como já mencionado anteriormente, como também o investimento em políticas institucionais que possa fortalecer a motivação dos profissionais a participarem dessas ações a fim de garantir aprimoramento profissional.

Pôde-se observar a partir dos relatos que, os profissionais consideram importante a implantação da escala de Braden quanto instrumento que permite avaliar o risco apresentado pelo paciente, no entanto, a insatisfação relacionada à sobrecarga e más condições de trabalho chama atenção na maioria das falas podendo, portanto, constituir um desafio à implementação dessa iniciativa no serviço.

Avaliação da Intervenção

Com a finalidade de avaliar o nível de satisfação dos profissionais com relação as atividades pedagógicas interventivas, foi disponibilizado um questionário no modelo de "Escala Likert" contendo questões relativas à satisfação do momento.

Participaram da avaliação das atividades um total de 29 profissionais, os quais serão mencionados a partir de percentual nos gráficos abaixo de acordo com o nível de satisfação expresso nos questionários.

De acordo com o que nos mostra a tabela 1, podemos observar que 97% dos profissionais avaliaram que o conteúdo abordado nas atividades foi muito satisfatório enquanto 3% dos profissionais avaliaram o conteúdo como regularmente satisfatório, e não houve registro de avaliação insatisfatória entre os participantes.

Grau de satisfação	**%**
Pouco satisfatório	0
Regularmente Satisfatório	3
Muito Satisfatório	97
TOTAL	**100**

Tabela 1 - Percentual relativo a resposta do profissionais com relação a pergunta: O conteúdo abordado foi satisfatório?

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere aos recursos utilizados durante as atividades pedagógicas 76% dos profissionais afirmaram que os recursos foram muito adequados enquanto 24% afirmaram que os recursos foram regularmente adequados conforme mostra a tabela 2.

Grau de adequação	%
Pouco adequado	0
Regularmente adequado	24
Muito adequado	76
TOTAL	**100**

Tabela 2 - Percentual de respostas referente a pergunta: Os recursos utilizados foram adequados?

Fonte: Elaboração própria.

No tocante a análise do percentual referente aos conhecimentos adquiridos durante as atividades pedagógicas, 59% dos profissionais afirmaram que os conhecimentos poderão ser sempre aplicados, enquanto 27% dos profissionais afirmaram que poderá ser muito aplicado e 14% afirmaram que os conhecimentos adquiridos poderão ser eventualmente aplicados. Ver tabela 3.

Conhecimentos adquiridos	%
Poderão ser eventualmente aplicados	14
Poderão ser muito aplicado	27
Poderão ser sempre aplicados	59
TOTAL	**100**

Tabela 3 - Percentual de respostas referente a pergunta: Os conhecimentos adquiridos poderão ser aplicados em sua prática profissionais

Fonte: Elaboração própria.

Assim, a partir dos dados obtidos infere-se que a maioria dos profissionais avaliaram que o tema abordado compreende a uma temática relevante, os recursos utilizados foram satisfatórios e que é possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática de enfermagem. Vale ressaltar a importância de atividades de educação permanente na modalidade de rodas de conversa in loco como estratégia pedagógica, visto que houve uma boa adesão dos profissionais como também uma relevante discussão quanto a temática em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível compreender a percepção dos profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital geral sobre a relevância da Escala de Braden, como uma das medidas de prevenção, e práticas de promoção que pode evitar o desenvolvimento da lesão por pressão.

O estudo, através de um processo dialógico, proporcionou momentos de aprimoramento de conhecimentos, aprendizagem, ação e reflexão, favorecidas pelas estratégias metodológicas. Além disso, possibilitou os caminhos para uma avaliação da pessoa susceptível a desenvolver o agravo, através de um instrumento útil, bem como as

possíveis medidas para prevenir a lesão por pressão e promover a saúde de modo que impacte positivamente na qualidade de vida dos envolvidos.

Nesse sentido, acredita-se que a pesquisa teve relevância por ter seus objetivos propostos alcançados, ao passo em que houve o aprimoramento dos profissionais frente a prevenção de lesão por pressão e aplicabilidade da Escala de Braden, tal como a implantação do instrumento objeto do estudo na rotina de enfermagem.

Sugere-se que, as ações de prevenção das lesões por pressão tais como a aplicabilidade da Escala de Braden seja avaliada e supervisionada pela gestão hospitalar e pelo Núcleo de Segurança do Paciente visto que, a prevenção das lesões por pressão é considerada um evento adverso potencialmente evitável e compreende a sexta meta de segurança do paciente preconizada pelo Ministério da Saúde.

Uma das limitações desse estudo compreende a dificuldade na adesão dos profissionais as atividades pedagógicas, como também o apoio da gestão hospitalar nas atividades desenvolvidas. Destaca-se ainda, a importância do incentivo institucional a programas de educação permanente para profissionais, como base para a busca de um cuidado de qualidade, priorizando ações de prevenção e proteção ao paciente durante o período de internamento.

Nesse sentido, considerando a multicausalidade e magnitude das lesões por pressão, deve haver um esforço de toda a equipe de saúde envolvida no processo de adoção de medidas para a prevenção das lesões por pressão e promoção da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. SOARES, C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. Texto Contexto Enferm, v. 33, p. 191-206, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000200301&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: dez de 2019.

2. CAMPOS, A. T. O. S.; SOUZA, A. T. O.; VASCONCELOS, J. M. B.; LUCENA, S. A. P.; Gomes, S. K. A. Feridas Complexas e Estomias: Aspectos Preventivos e Manejo Clínico. p. 192-238. Ideia: João Pessoa, 2016. http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf. Acesso em: dez de 2019.

3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA- SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão- Consenso NPUAP 2016- Adaptada culturalmente para o Brasil, 2017. Disponível em: http://www.sobest.org.br/textod/35. Acesso em: dez de 2019.

4. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury [Internet]. Washington: NPUAP; 2016. Disponível em: https://npiap.com/404.aspx?404;http://www.npuap.org:80/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/. Acesso em: dez de 2019.

5. DEBON, R.; FORTES, V. L. F.; RÓS, A. C. R.; et al. A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 817-823, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6210/pdf_1. Acesso em: dez de 2019.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de Lesão por Pressão é tema do próximo Webinar Proqualis da Fiocruz. Blog da saúde. 2016. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51840-prevencao-de-lesao-por-pressao-e-tema-do-proximo-webinar-proqualis-da-fiocruz. Acesso em: dez de 2019.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017**. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Ministério da Saúde: Brasília, 2017. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/LPP.pdf. Acesso em: dez de 2019.

8. PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G.; Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm**, 1999. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf. Acesso em: nov de 2019.

9. Wechi JS, Amante LN, Salum NC, Matos E, Martins T. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão. **Rev. ESTIMA**, v.15 n. 3, p. 145-151, 2017. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/544/pdf. Acesso em: nov de 2019.

10. SOUZA, T. C.; PRADO, R. T. A utilização da escala de braden na UTI para prevenção de úlcera por pressão. **Rev. EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 3, n. 1, 2016. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170608151641.pdf. Acesso em: dez de 2019.

11. CAMPOI, A. L. M.; ENGEL, R. H.; STACCIARINI, T. S. G.; et al. Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento. Rev. Bras. Enferm, v.72, n. 6, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0778. Acesso em: dez de 2019.

12. TORRES, F. S.; BLANES, L.; GALVÃO, T. F. **Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção**. São Paulo, 2016. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/ManualJ%2804_11_2016%29_abril.pdf. Acesso em: dez de 2019.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Prevenção por Pressão. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleinfeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: dez de 2019.

14. MONTEIRO, C. F. S.; MOREIRA, M. R. C.; OLIVEIRA, E. A. R.; et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a23v31n1.pdf. Acesso em: dez de 2019.

15. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE [Internet]. Contagem Populacional. Brasília: 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/garanhuns/panorama. Acesso em: dez 2019.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet] - Data SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26&VMun=260600&VComp=201704. Acesso em: dez 2019.

17. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP). PAG. 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf. Acesso em: dez 2019.

19. SANTOS, G. M. G.; ROCHA, R. R. S.; MELO, F. S.; PASSOS, T. S. O. O enfermeiro frente a prevenção de lesões por Pressão: **Revisão integrativa**. v. 3, n. 2, p. 60-71, 2018. Disponível em: http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewArticle/4520. Acesso em: Acesso em: dez de 2019.

20. TONOLE, R.; BRANDÃO, E. S. Recursos humanos e materiais para a prevenção de lesão por pressão. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 8, p. 2170-2180, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235911p2170-2180-2018. Acesso em: Jan de 2020.

21. CARDOSO, D. S.; CARVALHO, F. M. O.; ROCHA, G. B.; et al. Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 560-566, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/NET/Downloads/6576-41597-1-PB%20(3).pdf. Acesso em: Jan de 2020.

22. VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, v. 21, n.1, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001. Acesso em: dez de 2019.

23. VARGAS, E. S.; MULLER, F. E.; BAUERMANN**,** C**.** F**.;** et al. Importância do Olhar Clínico do Profissional Enfermeiro Frente ao Paciente com Lesão por Pressão: Uma reflexão. UNISC**,** 2017. https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/16990 Acesso em: dez de 2019.

24. CORREIA, A. S. B.; VASCONCELOS, J. M. B.; SANTOS, I. B. C.; SOARES, M. J. G. O. Lesão por Pressão: O cuidado por profissionais de enfermagem e repercussões para Educação Permanente em Saúde. **Rev. Coprecis,** 2017. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/revistas/coprecis/trabalhos/TRABALHO_EV077_MD4_SA3 _ID842_21082017100707.pdf. Acesso em: dez de 2019.

25. MACHADO, L. C. L. R.; FONTES, F. L. L. Fatores de risco e prevenção de Lesão por Pressão: Aplicabilidade da Escala de Braden. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v. 21, 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/635. Acesso em: dez de 2019.

CAPÍTULO 16

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO CUIDADO E INTEGRAÇÃO DO PACIENTE COM SUA FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 20/08/2021

Izabela Silva Breda
Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/4464921848198600

Jocássia Adam Lauvers Patrício
Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/6345733526191960

Greice Kelly Palmeira Campos
Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/3621497067853119

Amanda Laurindo Tavares
Acadêmica de Enfermagem do Centro universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/1801105221112353

Lucas Patrick Rodrigues Furtado
Acadêmico de Enfermagem do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/3105650805817621

Fabíola Moraes Talhati Rangel
Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/4247024367894963

Carolina Guidone Coutinho
Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/1844656130123190

Julia Portugal Maia
Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC),Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/1073772057784655

Beatriz Piontkovsky da Silva
Acadêmica de Enfermagem do Centro universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/0570137804438785.

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues
Mestra em Gestão Integrada do Território, Professora dos Cursos de Saúde do Centro universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/0740835178065480

Luciano Antonio Rodrigues
Doutor em Ciências da Saúde, Professor dos Cursos de Saúde do Centro universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina (ES), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/1082665421035430

RESUMO: A reforma psiquiátrica no Brasil criou diversas ferramentas de aproximação da assistência à saúde mental com a comunidade, entre estas, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um modelo que diverge da hospitalização de pacientes psiquiátricos, trazendo-os, juntamente com seus familiares

para uma unidade de saúde especializadas no acolhimento comunitário, atuando na recuperação da saúde mental e na integração do paciente ao meio familiar e social. Existem vários tipos de CAPS voltados para uma população específica, cujo objetivo é o atendimento prioritário de pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. Este relato versa sobre a visita técnica cujo objetivo foi de ampliação e consolidação de conhecimentos relacionados aos cuidados prestados aos pacientes com transtornos mentais ou patologias psiquiátricas em acompanhamento no CAPS II. A visita ocorreu no segundo semestre de 2019 atendendo ao direcionamento da disciplina de Saúde Mental do UNESC, envolvendo acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina, essa que teve a supervisão e orientação do professor responsável e do coordenador do CAPS II. A experiência desvelou diversos aspectos importantes sobre a rede de saúde mental no município de Colatina-ES. Foi possível observar que o CAPS oferta serviços como: acompanhamento psiquiátrico, atendimentos com psicólogo, enfermeiro, assistente social, médico, o desenvolvimento de oficinas terapêuticas e atividades em grupo, além de reuniões semanais com a equipe multidisciplinar para discussão da melhor forma de abordagem ao usuário. Resta-nos admitir que a experiência possibilitou a troca de saberes entre os profissionais, usuários e acadêmicos, favorecendo uma maior compreensão sobre a importância do serviço, resultando assim em um enorme ganho para o futuro profissional.
PALAVRAS - CHAVE: Saúde Mental, Assistência à Saúde Mental, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (CAPS) IN THE CARE AND INTEGRATION OF THE PATIENT WITH THEIR FAMILY AND COMMUNITY: REPORT OF EXPERIENCE IN THE MENTAL HEALTH SUBJECT

ABSTRACT: The psychiatric reform in Brazil has created several tools for bringing mental health care closer to the community, among which the Psychosocial Care Center (CAPS) stands out, a model that diverges from the hospitalization of psychiatric patients, bringing them together with their family members, to a health unit specialized in community care, working in the recovery of mental health and in the patient's integration into the family and social environment. There are several types of CAPS aimed at a specific population, whose objective is the priority care of people in intense psychological distress resulting from severe and persistent mental disorders, including those related to the abuse of psychoactive substances, and other clinical situations that make it impossible to establish social ties and the realization of life projects. This report is about the technical visit whose objective was to expand and consolidate knowledge related to the care provided to patients with mental disorders or psychiatric pathologies in follow-up at CAPS II. The visit took place in the second half of 2019, in line with the direction of the Mental Health course at UNESC, involving students from the Nursing and Medicine courses, which had the supervision and guidance of the responsible professor and the coordinator of CAPS II. The experience revealed several important aspects about the mental health network in the city of Colatina-ES. It was possible to observe that the CAPS offers services such as: psychiatric follow-up, consultations with a psychologist, nurse, social worker, doctor, the development of therapeutic workshops and group activities,

in addition to weekly meetings with the multidisciplinary team to discuss the best way to approach the user. It remains for us to admit that the experience enabled the exchange of knowledge between professionals, users and academics, favoring a greater understanding of the importance of the service, thus resulting in a huge gain for the future professional.
KEYWORDS: Mental health, Mental Health Assistance, Health Knowledge, Attitudes, Practice.

1 | INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi o primeiro serviço conduzido pela Política Nacional de Saúde Mental, para a edificação de uma rede diversificada de cuidados (BRASIL, 2015). Surge no contexto da reforma psiquiátrica, reformulando o modelo de saúde mental centralizado no manicômio em uma unidade de acolhimento comunitária, atuando na recuperação da saúde mental e na integração do paciente com sua família e comunidade. É um serviço que pode ser acessado de forma espontânea, sem a necessidade de encaminhamento, o paciente tem livre acesso de ir e vir.

A assistência prestada ao paciente no CAPS inclui ações como atividades comunitárias com enfoque na integração do usuário na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (SESA, 2018). Apresenta aplicabilidade de programas de reabilitação psicossocial, que ajudam na restauração no melhor nível possível da autonomia de suas funções na comunidade, visando à inserção do indivíduo na sociedade com qualidade de vida e dignidade (JORGE *et al.,* 2006).

A atenção psicossocial prestada pelos CAPS presume um acolhimento da população que apresenta sofrimento psíquico e transtorno mental, com intuito de implementar um conjunto de ações de forma singular e coletiva, que visam à substituição da lógica manicomial descartando o princípio da exclusão, opressão e a violência, utilizando como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar como paradigma das práticas dominantes (OLIVEIRA, 2009). Compreendendo a inserção do usuário de modo a iniciar ou retomar as atividades de trabalho, lazer, sendo o CAPS um importante indicador do processo de reinserção social (AMARAL, 2021).

O propósito dos CAPS é ofertar um cuidado holístico, com uma diversidade de abordagens para a complexidade e a diversidade das necessidades das pessoas que se apresentam em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência, de determinada área de abrangência, mediante a construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços do território e da cidade. Operando na lógica da intensidade do cuidado, em contraposição aos processos de restrição da liberdade (BRASIL, 2015).

De acordo com dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde de 2000 a 2009, houve incentivo aos gestores para a expansão da rede de CAPS nos municípios

de grande porte. Os Centros de Atenção psicossocial diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme a Portaria nº 3.088/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III funcionam 24 horas, os CAPS I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPS i (infantojuvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPS i, deverá ser garantida a atenção a essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando-se os princípios e as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2004).

O CAPS II é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes, e atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2015).

Conforme menciona Amarante (1998), o CAPS tem que estar dotado de recursos que possam oferecer estruturas flexíveis, evitando tornarem-se espaços burocratizados, com propósito de trabalhar com uma visão mais holística e humanizada, do que especificamente voltada somente em relação a doença. Importante à solidificação presente no acolhimento da rede que envolve esse usuário (familiares, amigos e outros), de forma que mantenha um vínculo afetivo entre a equipe e os sujeitos que englobam esse contexto. A fim de que o profissional possa desenvolver habilidades que permitam usufruir dos diversos recursos presentes na comunidade, baseando-se no princípio da intersetorialidade, principalmente em parceria com os diversos setores sociais enfatizando os serviços existentes no campo da saúde mental em conjunto com os serviços de saúde em geral.

Frente a este cenário esse relato de experiência tem como objetivo compartilhar a vivência de acadêmicos de enfermagem e medicina, na disciplina saúde mental em visita ao CAPS II, assim proporcionando uma maior aquisição de conhecimentos em relação aos cuidados prestados aos pacientes com transtornos mentais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos do curso de Enfermagem e Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), durante uma visita desenvolvida no segundo semestre de 2019, referente a disciplina de Saúde Mental sob a supervisão e orientação do professor responsável e do coordenador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II do munícipio de Colatina - ES.

O CAPS II de Colatina/ES foi implantado no ano de 2002 e está instalado em uma área ampla, com ideal estrutura física, conforto e segurança para equipe de trabalho e pacientes, os serviços prestados estão voltados à população com idade superior a 18 anos

residentes no município. O horário de funcionamento da instituição é de segunda a sexta-feira das 07 às 16 horas.

A experiência adquirida através da visita realizada na disciplina de Saúde Mental teve por objetivo uma maior aquisição de conhecimentos em relação aos cuidados prestados aos pacientes com transtornos mentais ou patologias psiquiátricas em acompanhamento no CAPS II, a fim de proporcionar aos alunos uma visão holística sob o cotidiano desses centros.

Por se tratar de um relato de experiência, as atividades apresentadas apontam somente os fatos e vivências na ótica dos autores, não expondo pessoas, identificação de envolvidos e respeito a ética com seres humanos, portanto não teve nenhum elemento de coleta de dados para pesquisa conforme recomendas as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e 510/2016.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência vivenciada no centro de atenção psicossocial (CAPS) pelos acadêmicos do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) foi de grande relevância no que concerne aos conhecimentos sobre a rede de atenção à saúde mental do município de Colatina – ES, despertando o raciocínio profissional acerca da melhor maneira de abordagem aos usuários pertencentes ao serviço.

A equipe do CAPS II é composta por assistentes sociais, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, clínico geral, enfermeiro, farmacêutico, psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, e técnicos de enfermagem. Quanto à admissão, o paciente pode receber atendimento por livre e espontânea vontade ou pode ser encaminhado pela Estratégia Saúde da Família ou alguma outra instituição.

No decorrer da visita os acadêmicos foram apresentados a cada profissional da equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento e acompanhamento dos usuários no CAPS. Através do relato destes, foi possível compreender a importância do trabalho em equipe na abordagem com o usuário e sua família, bem como no desenvolvimento das atividades. Dentre as quais podemos destacar as oficinas artísticas, atividades em grupos além de reuniões semanais.

Na ocasião, durante a realização das oficinas ofertadas aos usuários, observou-se a confecção de artesanatos, pinturas, objetos, dentre outros diversos materiais de uso em geral ou decorativo, conforme apresentado abaixo (figuras 1, 2 e 3). Oportuno torna mencionar que, alguns dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial comercializam os objetos confeccionados tornando esta atividade rentável (figura 3), favorecendo dessa forma sua inserção ao meio social.



Figura 1 – Pintura em Tela – Expressão artística de Usuários do CAPS II de Colatina - ES

Sendo assim, a visita ao CAPS II favoreceu a troca de saberes e experiência entre os acadêmicos, profissionais e pacientes. A partir das falas dos usuários, pudemos notar o vínculo que estes possuem com os profissionais, bem como a alegria e satisfação por fazerem parte do CAPS II. Por meio da vivência, tornou-se possível observar a importância desse serviço na vida dos usuários e a mudança que este proporciona no aumento da autonomia e autoestima.



Figura 2 – Pintura em Tela – Expressão artística de Usuários do CAPS II de Colatina - ES



Figura 3 – Artesanato Natalino.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente faz-se necessário salientar que a assistência aos pacientes do CAPS oferece um cuidado holístico com estratégias de inserção social, integração familiar e comunitária, bem como o desenvolvimento de ações relacionadas aos âmbitos sociais e educacionais. Dessa forma, o indivíduo é capaz de construir espaços de convívio para a reinserção, reabilitação do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas e recuperação da saúde mental pelos sofrimentos psíquicos.

Oportuno se torna também mencionar que a visita dos acadêmicos ao CAPS possibilitou maior conhecimento sobre a execução dos serviços oferecidos aos pacientes e aprendizagem prática com os profissionais, consolidando saberes que ratificam os estudos sobre a reforma psiquiátrica e as ferramentas sociais para a assistência à saúde mental das comunidades.

Portanto, resta admitir que foi possível compreender o impacto do centro na vida dos pacientes e os processos de integração dos usuários no meio social e familiar. Assim como, a troca de saberes com profissionais e usuários permitiu que os estudantes alcançassem novas vivências acadêmicas, resultando em grande ganho para o futuro profissional.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes et al. Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública,** Online, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Y3qnHrRnyVXxcTzjdTC67WK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2021

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **ENSP/FIOCRUZ,** v. 2, n. 5, p. 132, 1998. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/loucos-pela-vida-trajetoria-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. 86 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015. 156 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 42-56, out./dez. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68473>. Acesso em: 26 jun. 2021.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Online, v. 59, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCgqWGfr4k/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2021.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.** Espírito Santo, 2018. 269 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

CAPÍTULO 17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DOENÇA RENAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 20/08/2021

Daniela Peixoto Roman Santos
Graduanda de enfermagem pela Universidade Cruzeiro do Sul

Aryele Ferreira Feitosa
Enfermeira graduada pela Universidade Cruzeiro do Sul

Helena Mota Barros
Enfermeira graduada pela Universidade Cruzeiro do Sul

Naiara Borges Gomes
Enfermeira graduada pela Universidade Cruzeiro do Sul

Quezia dos Santos Benigno
Enfermeira graduada pela Universidade Cruzeiro do Sul

Sandra Regina Lins Prado
Enfermeira, Mestre em Ciências, Professora adjunta III da Universidade Cruzeiro do Sul

RESUMO: **Introdução**: A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o exame físico são indispensáveis ao cliente com Doença Renal seja ela aguda ou crônica (conhecida como LRA ''Lesão Renal Aguda'' ou DRC ''Doença Renal Crônica''). A DRC vem aumentando de forma gradativa, sendo assim necessária a aplicação da SAE e a realização do exame físico corretamente, para proporcionar uma melhor qualidade de vida para o cliente e seus familiares, tomando condutas úteis para aprazível evolução do quadro clínico. **Objetivo**: Identificar por meio da revisão bibliográfica produções sobre os D.E e as intervenções propostas ao cliente portador de D.R.C em C.P. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, onde buscamos publicações cientificas para desenvolve-las foram percorridas as seguintes etapas: Elaboração da pergunta de pesquisa, considerando a estratégia PICo, sendo P – para clientes portadores de IR; I – assistência de enfermagem; Co – Identificar os D.E referente a estes clientes e intervenções propostas ao portador de DRC em CP. Os dados foram coletados nas seguintes base de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), BDENF (Base de dados de enfermagem), utilizamos as palavras chaves a partir dos Descritores de Ciências de Saúde, sendo delas: IR (Insuficiência Renal), LRA (Lesão Renal Aguda), DRC (Doença Renal Crônica), Diálise, Cuidados Paliativos, Assistência de Enfermagem e Cuidado de enfermagem, as publicações foram organizadas através da seleção das publicações, segundo estratégia PRISMA passando por 4 etapas, sendo elas: Identificação, Triagem, Elegibilidade e Inclusão. **Resultados**: Foram identificados 1.047 registros nas bases de dados entre BDENF, LILACS e SCIELO. Resultando após a seleção das publicações através da estratégia PRISMA, 15 artigos que responderam à pergunta de pesquisa sendo excluídos por etapas aqueles que não se encaixaram ao trabalho. Os autores dos artigos totalizaram 70 pessoas, destas, 63 são enfermeiros, o que mostra que esta

temática tem sido um ponto de reflexão e investigação para o mesmo. Diante dos resultados obtidos, dos 15 artigos selecionados, 73,3% dos artigos abordaram D.E, e 60% abordaram intervenções de enfermagem, dentre os 15 artigos obtivemos um total de 55 D.E, observamos que os mais prevalentes foram: Volume de líquidos excessivos estando presente em 53,3% dos artigos, e apenas 20% dos artigos tinham propostas de intervenções de enfermagem para este diagnóstico, entre os artigos selecionados ressaltamos também 3 artigos que apresentaram propostas de validação da SAE e 3 que apresentaram intervenções referente as complicações durante a hemodiálise. **Considerações Finais**: Existem muitas literaturas referente à assistência de enfermagem ao DRC, porém, poucas trazem as fases da SAE e a relação entre elas. Inferimos que as intervenções de enfermagem é um instrumento de suma importância pois proporciona os cuidados as necessidades desses clientes, subsidiando a composição de um plano de cuidado individualizado, a fim de tratar ou evitar possíveis complicações que possam surgir. Portanto percebe-se a escassez de artigos que apresentam D.E, plano e prescrição, haja vista ser estas três fases da SAE, o que dificulta assim, a aplicação da mesma, nota-se que a maioria dos autores são enfermeiros e a SAE é privativa destes profissionais, ressalta-se a necessidade e importância de aprimorar e aprofundar conhecimento e preparo para essa prática, visando assim, uma excelente assistência.
PALAVRAS - CHAVE: Insuficiência renal, Lesão renal aguda, Doença renal crônica, Dialise, Cuidados paliativos, Assistência de enfermagem, Cuidados de enfermagem

ABSTRACT: Systematization of Nursing Care (SNC) and physical examination are indispensable for clients with kidney disease, whether acute or chronic (known as AKI "acute kidney injury" or CKD "chronic kidney disease"). CKD has been gradually increasing, making it necessary to apply SNC and perform the physical examination correctly. It is an integrative bibliographic review, where we search for scientific publications in the following databases: LILACS, SciELO and BDENF, the publications were organized through the selection of publications, according to the PRISMA strategy, going through 4 stages, namely: Identification, Screening, Eligibility and Inclusion. 1,047 records were identified in the databases between BDENF, LILACS and SCIELO. Resulting after the selection of publications 15 articles that answered the research question. The authors of the articles totaled 70 people, of whom 63 are nurses, which shows that this theme has been a point of reflection and investigation for the same. Of the 15 selected articles, 73.3% of the articles addressed N.D, and 60% addressed nursing interventions, among the 15 articles we obtained a total of 55 N.D, we observed that the most prevalent were: Excessive fluid volume being present in 53.3 % of the articles, and only 20% of the articles had proposals for nursing interventions for this diagnosis, among the selected articles we also highlight 3 articles that presented validation proposals for SNC and 3 that presented interventions related to complications during hemodialysis. Thus, we conclude that there are many literature referring to the nursing assistance to CKD, however, few bring the phases of SNC and the relationship between them, with that it is noted the scarcity of articles that present N.D, plan and prescription, considering these are three phases of SNC, which makes it difficult to apply, since most authors are nurses and SNC is private to these professionals, emphasizing the need and importance of improving and deepening knowledge and preparation for this practice, thus aiming , better assistance.
KEYWORDS: Renal Insufficiency, Acute Kidney Injury, Chronic Kidney Disease, Dialysis,

Palliative Care, Nursing Care, Nursing Care.

1 I INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) segundo a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe a obrigatoriedade da sistematização e a implementação em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências, onde a mesma é composta por 5 fases sendo elas: história de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.[1]

Sabemos que o exame físico é imprescindível para o planejamento do cuidado de enfermagem, visando a avaliação do estado de saúde por meio de dados subjetivos e objetivos, onde os subjetivos são as queixas apresentadas pelo cliente e os objetivos são os dados obtidos pelos profissionais durante o exame físico por meio dos passos propedêuticos que são: Inspeção, percussão, palpação e ausculta, sendo fundamental usar os sentidos: visão, olfato, tato, audição. Deve ser realizado de forma minuciosa, observando sinais e sintomas do cliente, buscando anormalidades que podem estar presentes no processo saúde e doença.[2,3]

Neste seguimento o exame físico renal tem relevância tanto quanto os outros sistemas, embora não seja visto por alguns profissionais como um sistema nobre, como por exemplo quando comparado ao sistema cardíaco e respiratório, assim deve ser realizado com total importância partindo de uma coleta de dados minuciosa por meio da entrevista para busca dos dados subjetivos, visando assim a apuração dos dados que podem auxiliar na identificação do problema.[2]

Diante desta ideia consideramos que a SAE e o exame físico são indispensáveis ao cliente com Doença Renal seja ela crônica ou aguda (conhecida como LRA ”lesão renal aguda” ou DRA “doença renal aguda), destaca-se que, a DRC vem aumentando de forma gradativa, sendo assim necessária a aplicação da SAE de forma correta e completa e dentro desta o exame físico deve ser realizado de forma minuciosa e completa.

A LRA é uma das patologias renais, o termo LRA substituiu o termo insuficiência renal aguda (IRA) pois engloba os clientes que necessitam de terapia de substituição renal e também aqueles com alterações menores das funções renais.[4]

O cliente com LRA tem uma rápida da perda da função renal que ocorre devido a lesão renal, está lesão renal pode ter duração prolongada, o que pode agravar as complicações metabólicas que são potencialmente fatais como distúrbios hidroeletrolíticos, sendo mais comum a acidose metabólica pois o cliente não consegue eliminar a carga metabólica de tipo ácido produzidas diariamente, considerando também que os mecanismos de tamponamento renal falham.[4]

A classificação da LRA ocorre através de um sistema de cinco pontos, sendo três

desses pontos referentes ao grau de gravidade que é risco, lesão e falência e dois desses pontos referentes ao nível de resultados que é perda e doença renal terminal (DRT). Esse sistema tem o objetivo de identificar e melhorar os resultados do cliente, demonstrado na tabela a seguir.[4]

CLASSE URINÁRIO	CRITÉRIOS DE TFG	CRITÉRIOS DE DÉBITO
R (RISCO)	Nível sérico elevado de Creatinina 1,5 x valor referência OU diminuição da TFG > 25%	0,5 ml/kg/h para 6 h
I (LESÃO/INJURY)	Nível sérico elevado de Creatinina 2 x valor de referência OU diminuição da TFG > 50%	0,5 ml/kg/h para 12 h
F (FALÊNCIA)	Nível sérico elevado de Creatinina 3 x valor de referencia OU diminuição da TFG >75% OU nivel sérico de Creatinina > 354mmol/l com elevação aguda de pelo menos 44mmol/l	0,3 ml/kg/h para 24 h ou anúria durante 12h
L (PERDA) (LOSS)	Insuficiência renal aguda persistente = perda completa da função renal > 4 semanas	
E (ESKD)/DRT	DRT > 3 meses	

Tabela 1 - Classificação RIFLER para lesão renal aguda.

(TFG: taxa de filtração glomerular)

Fonte: Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&Suddarth Manual de enfermagem Médico-Cirúrgica 13º edição vol. II. Guanabara e Koogan. 2016. Rio de Janeiro. 4

A DRC é quando tem a perda progressiva e irreversível da função dos rins, não conseguindo mais manter a homeostasia. Nesta fase a TFG está em menos de 60 ml/min/1,73 m² durante mais de 3 meses e/ou albuminúria persistente.[5]

A DRC é classificada em 5 estágios, desde a possibilidade do risco, até a insuficiência renal.[6]

ESTÁGIOS	TFG (ml/min/1,73m²)	DESCRIÇÃO
ESTÁGIO 1 TGF normal pessoas com risco de DRC	Maior ou igual a 90 ml/min	Já há evidências de dano renal pela excreção de albumina na urina, porém não há sintomas.
ESTÁGIO 2 Dano renal leve	60-89 ml/min	Há o aumento de excreção de albumina e diminuição leve da função renal, os rins ainda conseguem fazer o controle interno, por conta disso a creatinina estará normal.
ESTÁGIO 3 Dano renal moderado	30-59 ml/min	A creatinina estará elevada, mas com poucos sintomas.
ESTÁGIO 4 Dano renal grave	15-29 ml/min	Há sinais e sintomas de uremia como fadiga, náuseas, perda de apetite e confusão mental. Neste estágio há indicação para TSR.
ESTÁGIO 5 Insuficiência renal	< 15 ml/min	Os rins não conseguem manter o controle interno havendo distúrbios metabólicos graves. Nesse estágio o cliente está intensamente sintomático havendo a necessidade de diálise ou substituição do rim.

Tabela 2 - Estágios da doença renal crônica.

(TSR: terapia de substituição renal)

Fonte: Feitosa AF, Santos DPR, Barros HM, Gomes NB, Benigno Q dos S, Silva SRLPT.

O cliente com DRC consequentemente se torna um cliente que necessita de cuidados paliativos (CP) na fase final, sabendo que a DRC é progressiva e debilitante e inevitavelmente fatal, onde a assistência deve ser realizada visando não somente o cliente debilitado e também seus familiares, promovendo e oferecendo um processo humanitário.[7]

O CP é destinado a clientes que estejam em um quadro terminal onde não tem a possibilidade de cura, tem como objetivo a melhora da qualidade de vida do cliente e dos seus familiares, proporcionando o controle do sofrimento espiritual, psicossocial e apoio no momento de enlutamento.[8]

Sabe-se que a DRC é uma doença crônica fatal, e com isso os clientes portadores são submetidos aos CP por não apresentarem resultados benéficos ao tratamento renal,

os clientes com DRC geralmente são submetidos a este tratamento paliativo, no período que antecede a morte com o objetivo de proporcionar um processo de morrer humanitário.[7]

2 | OBJETIVO

Identificar por meio da revisão bibliográfica produções sobre os D.E e as intervenções propostas ao cliente portador de D.R.C em C.P.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, ou revisão bibliográfica. Os dados foram coletados nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), BDENF (Base de dados de enfermagem).

4 | DESENVOLVIMENTO

Nessa revisão integrativa foram identificados 1.047 registros nas bases de dados entre BDENF, LILACS e SCIELO. Resultando após análise dos títulos 278 artigos, destes foram excluídos 128 por repetição, totalizando 150. Após a primeira análise dos resumos houve a exclusão de 120 por não atenderem o objetivo de estudo. Após a segunda análise, foi realizada a busca dos artigos na íntegra sendo excluídos mais 15 por não estarem disponíveis, compondo assim uma amostra de 15 artigos que responderam à pergunta de pesquisa.

Dos 15 artigos de amostra, a amostra de estudo é proveniente das regiões brasileiras, embora a amostra seja pouco expressiva a região Sudeste é a que mais se destacou com 7 publicações, seguida pelas regiões Nordeste e Sul ambas com 3 publicações em cada, e por fim, a região Centro-Oeste com 2 publicações, sendo que na região Norte não foram encontrados estudos.

Sudeste	7
Nordeste	3
Sul	3
Centro-Oeste	2
Norte	0
Total	**15**

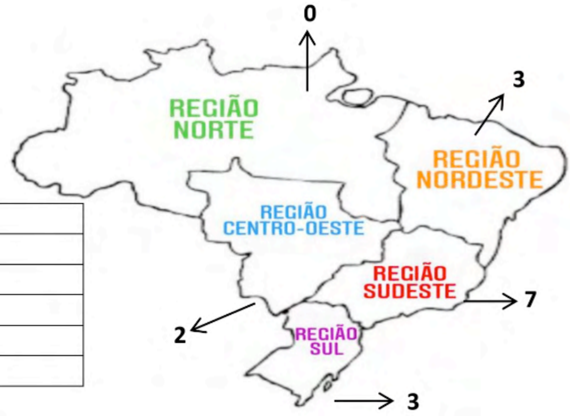


Figura 1: Distribuição dos artigos segundo a origem das regiões do Brasil. São Paulo – SP, Brasil, 2020.

Fonte: Feitosa AF, Santos DPR, Barros HM, Gomes NB, Benigno Q dos S, Silva SRLPT.

Já os pesquisadores são um total de 70, destes, 63 são enfermeiros, 2 graduandos de enfermagem e 5 de outras profissões que inclui: odontólogo, letrólogo, pedagogo, psicólogo, gestor e o profissional de processos e design, fato que demonstra que esta temática tem sido um ponto de reflexão e investigação para o profissional enfermeiro, sendo o número de maior profissional envolvido.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AUTORES DOS ARTIGOS	Enfermeiros	63
	Graduandos de enfermagem	2
	Outros profissionais	5
	Total	70

Quadro 1: Distribuição dos pesquisadores segundo formação profissional. São Paulo – SP, Brasil, 2020.

Fonte: Feitosa AF, Santos DPR, Barros HM, Gomes NB, Benigno Q dos S, Silva SRLPT.

Os aspectos mais relevantes discutidos nos estudos são os possíveis diagnósticos de enfermagem para o cliente renal crônico, sendo eles, crianças, adultos e idosos, levando em consideração as fronteiras e desafios dos clientes e seus familiares desde o momento da descoberta da doença até a fase final, buscando contribuir com diagnósticos e intervenções corretas tanto para a doença em si quanto para questões psicológicas e emocionais.

5 | RESULTADOS

Dos 1.047 artigos encontrados nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, evidenciou-se uma amostra com 15 artigos, o que perfaz 1,43% do total. A amostra possibilitou agrupar estudos que responderam à pergunta de pesquisa, corroborando para a elaboração deste estudo. Ressalta-se ser este número pouco expressivo, contudo possibilitou que está revisão discorra sobre alguns diagnósticos e intervenções para clientes que portadores de DRC, norteando assim, o profissional enfermeiro ao olhar holístico no cuidado.

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, dos artigos selecionados 73,3%, ou seja, 11 artigos abordaram D.E, e 60%, ou seja, 9 artigos abordaram intervenções de enfermagem, obtivemos um total de 55 D.E, observamos que os diagnósticos mais prevalentes foram: Volume de líquidos excessivos, Risco de infecção, Deambulação prejudicada e Integridade da pele prejudicada. E os menos prevalentes foram: Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de volumes de líquidos desequilibrados, Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de sangramento, Padrão de sono perturbado, Interação social prejudicada, Enfrentamento ineficaz, manutenção ineficaz da saúde, insônia, risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, troca de gases prejudicada, manutenção do lar prejudicada, processos familiares interrompidos, sentimento de impotência, desesperança e sentimento de pesar antecipado.

Embora os diagnósticos voltados para a doença sejam importantes, com este estudo observa-se também a importância do diagnostico para fatores que também são relevantes como a parte emocional, espiritual e psicológica, assim como observar como os familiares lidam frente as mudanças que a DRC traz para a vida do cliente. Apesar das discussões da amostra do estudo nos apresentarem um material que corroboram para a capacitação e conhecimento de novos enfermeiros sobre está temática, é notório a baixa produtividade de um assunto de grande relevância para a atuação do enfermeiro na assistência ao cliente portador de DRC.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notavelmente existem muitas literaturas referente a assistência de enfermagem ao DRC, porém com pouco foco para as intervenções de enfermagem, sendo um instrumento muito importante pois permite direcionar o cuidado as reais necessidades desses clientes, subsidiando a elaboração de um plano de cuidado individualizado, a fim de tratar ou evitar possíveis complicações que possam surgir.

Com base nas publicações selecionadas e analisadas notamos que se vê necessário o uso de protocolos, técnicas seguras e profissionais com um grande conhecimento técnico cientifico para estar preparado para possíveis complicações durante a terapia dialítica,

já que o enfermeiro possui papel fundamental no cuidado do cliente em hemodiálise, sendo responsável pelo preparo do cliente para receber a terapêutica da unidade e da máquina de hemodiálise, sua instalação e manutenção, e durante as sessões podem ocorrer complicações e pelo enfermeiro ter maior proximidade do cliente, deve estar apto a intervir na detecção precoce de anormalidades evitando assim, complicações, além disso o enfermeiro é responsável por orientar e auxiliar esse cliente e sua família a conviver com o tratamento e suas limitações.

Partindo destes pressupostos, percebemos a importância da capacitação dos profissionais de enfermagem para a realização da SAE corretamente, tendo em vista a carência dos estudos sobre essa temática, porém a imersão dos pesquisadores nos estudos encontrados, embora tenha escassez de intervenções, possibilitou uma reflexão profunda sobre a SAE em clientes com DRC, o papel da enfermagem, o cuidado que vai além dos aspectos patológicos da doença, como também um cuidado ampliado as questões de saúde, contexto de vida e aspectos biopsicossociais, corroborando na assistência integral.

Assim, esta pesquisa respondeu aos objetivos de estudo, contudo, o preparo da enfermagem para esta pratica deve ser aprofundada para melhores resultados e uma melhor assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009, Disponível: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html, Acessado: 16/12/2019, 10:00.

2. Jarvis C. Exame Físico e Avaliação de Saúde 3º edição. Guanabara & Koogan. 2002. Rio de Janeiro.

3. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro, Disponível: https://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021, Acessado: 16/12/2019, 11:43.

4. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&Suddarth Manual de enfermagem MédicoCirúrgica 13º edição vol.II. Guanabara e Koogan. 2016. Rio de Janeiro.

5. Abbas KA, Kumar V, Aster JC. Patologia - bases patológicas das doenças 9º edição. Guanabara e Koogan. 2016. Rio de Janeiro.

6. Morsch C, Veronese FJV. Doença renal crônica: definição e complicações, Disponível: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158449/000898660.pdf?seq uence=1, Acessado: 17/12/2019, 00h32.

7. Luz KR da, Schmitt PH, Vargas MAO, Oliveira JAC, Bitencourt JVOV, Fujji CCD, Trombetta AP. Cuidados paliativos na doença renal crônica: uma revisão integrativa, Disponível http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/516, Acessado 17/12/2019, 11:46.

8. Medeiros VCC de. Cuidados Paliativos, Envelhecimento e Terminalidade da Vida. Universidade São Camilo Virtual.

CAPÍTULO 18

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE FLEBITE E FLEBITE PÓS-INFUSIONAL

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 27/05/2021

Isabela Santos Escaramboni
Fundação Educacional do Municipio de Assis (FEMA)
Assis-SP
http://lattes.cnpq.br/6160607446522054

Adriana Avanzi Marques Pinto
Fundação Educacional do Municipio de Assis (FEMA)
Assis-SP
http://lattes.cnpq.br/2762771378860851

RESUMO: Introdução: o cateter venoso periférico é a terapia mais utilizada em ambiente hospitalar, porém existe o risco de algumas complicações, como a flebite, que é um processo inflamatório na túnica íntima das veias, ocorrendo no local da punção, após o término da infusão e retirada do cateter, identificada dentro de 48 a 96 horas após a retirada, sendo eficaz o uso de uma escala para o acompanhamento e classificação das flebites para definir o momento da troca do cateter e para o auxílio dos profissionais de saúde. Quando é identificado precocemente as alterações do local da punção de um cateter, através de um instrumento validado, é eficiente para redução dos casos de flebite e flebite pós-infusional e suas complicações. **Objetivo**: validar um instrumento de avaliação das flebites, para o cuidado desse agravo. **Método:** foi realizada a elaboração de um roteiro para validação de um instrumento para avaliação de flebite e flebite pós-infusional e avaliação do mesmo por enfermeiras para validação. **Resultados:** participaram desse estudo enfermeiras, que avaliaram o instrumento proposto a ser validado através de um roteiro de avaliação, onde verificaram se o instrumento contempla o tema proposto e realizando os ajustes necessários. **Discussão:** foram encontrados estudos que abordam sobre o tema, mostrando ser importante a compreensão das flebites para saber quais ações devem ser tomadas para a prevenção e redução de riscos. **Conclusão:** concluir-se que é efetivo um instrumento validado para o auxílio do profissional na prevenção de flebite e para práticas mais seguras de terapia infusional.
PALAVRAS - CHAVE: Flebite; inflamação.

VALIDATION OF INSTRUMENT FOR EVALUATION OF FLEBITIS AND POST-INFUSIONAL FLEBITIS

ABSTRACT: **Introduction:** the peripheral venous catheter is the most used therapy in a hospital environment, but there is a risk of some complications, such as phlebitis, which is an inflammatory process in the vein intima, occurring at the puncture site, after the end of the infusion and catheter withdrawal, identified within 48 to 96 hours after withdrawal. The use of a scale to monitor and classify phlebitis is effective to define the time for changing the catheter and for the assistance of health professionals. When changes in the location of a catheter puncture are identified early, using a validated instrument, it is effective in reducing cases of post-infusional

phlebitis and phlebitis and its complications. **Objective:** to validate an instrument to assess phlebitis for the care of this condition. **Method:** a script was developed to validate an instrument for the assessment of phlebitis and post-infusional phlebitis and its evaluation by nurses for validation. **Results:** nurses participated in this study, who evaluated the proposed instrument to be validated through an assessment script, where they verified whether the instrument contemplates the proposed theme and made the necessary adjustments. **Discussion:** studies were found that address the topic, showing that it is important to understand phlebitis to know what actions should be taken to prevent and reduce risks. **Conclusion:** conclude that a validated instrument is effective to assist the professional in the prevention of phlebitis and for safer infusion therapy practices.
KEYWORDS: Phlebitis; inflammation.

1 I INTRODUÇÃO

Uma das terapias realizadas em ambiente hospitalar é a infusão de drogas, por meio do uso de algum cateter venoso periférico (CVP) instalado pelos profissionais de enfermagem. Por se tratar de um procedimento invasivo, existe o risco de complicações como a flebite, sendo assim é importante que haja o acompanhamento e avaliação do paciente após a terapêutica.

A flebite é um processo inflamatório que ocorre na túnica íntima das veias superficiais, podendo ter como causas fatores químicos, mecânicos ou bacterianos. Alguns dos sinais que representam essa complicação é o edema, dor, hiperemia e endurecimento local (URBANETTO et al., 2017; HIGGINSON; PARRY, 2011).

Em situações mais graves verifica-se no local da punção a presença de um cordão fibroso palpável, que pode apresentar secreção purulenta, e resultar em infecção de corrente sanguínea e formação de trombos. Pode ocorer também a flebite pós-infusional, que seria um outro agravo, relacionada a uma alteração no local da punção, após a finalização da infusão e retirada do cateter, identificada dentro de um período de 48 a 96h após a retirada do mesmo (URBANETTO et al., 2017; HIGGINSON; PARRY, 2011).

Para o acompanhamento e classificação das flebites, o uso de uma escala se torna uma ferramenta eficaz para estabelecer o momento da troca do CVP e, com isso, evitar complicações e infecções. Como é recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a troca do mesmo não deve acontecer em um intervalo inferior à 96h (Brasil, 2017).

De acordo com a avaliação é possível prolongar a troca do CVP para um período maior, porém é primordial acompanhar as orientações rotineiras de avaliação sobre as condições clínicas do paciente; do sítio de inserção; da integridade da pele e do vaso; da duração e do tipo de terapia prescrita; do local de atendimento; da integridade e permeabilidade do dispositivo; das condições da cobertura estéril e estabilização estéril, pois estes são sinais que norteiam a avaliação e identificação de alterações relacionadas ao cateter (BRASIL, 2017).

As condições que podem colaborar para o aparecimento de flebite apresentam relação direta com a técnica de inserção; local da punção; tamanho e tipo de dispositivo utilizado; número de tentativas de punção; tempo de permanência do cateter; uso de drogas irritantes e vesicantes e a concentração da infusão. No ambiente hospitalar esse agravo pode provocar interrupção do tratamento do paciente, comprometimento do prognóstico e até o aumento do tempo de internação (URBANETTO et al., 2017).

Sendo assim, em busca da efetivação de práticas mais seguras da terapia infusional, é recomendada através dos órgãos nacionais e internacionais, a utilização de ferramentas que possam contribuir com os profissionais de saúde no controle de agravos referente à assistência a saúde, do mesmo modo que na segurança e satisfação do cliente. Conforme destaca a Infusion Nurses Society (INS) (2011), Infusion Nurses Society Brasil (2013) e Royal College of Nursing (2010), recomenda-se o uso das escalas "Visual Infusion Phebitis (VIP)" e a "Phebitis Scale" (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

As ferramentas que podem ajudar os profissionais de saúde são escalas baseadas em sinais e sintomas, que identificam as flebites em quatro graus: Grau 1 - presença de eritema com ou sem dor local; Grau 2 - presença de dor, com eritema e/ou edema; Grau 3 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável; Grau 4 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm, com drenagem purulenta (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

Recomenda-se que a taxa aceitável de incidência de flebite na população mantenha-se abaixo de 5%. No Brasil, alguns estudos apresentam que essa taxa pode chegar a 55,6%, não sendo encontrados relatos na literatura, nacional e internacional, de avaliação de flebite pós-infusional (INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013, URBANETTO et al, 2017).

Diante dessa problemática, torna-se importante a validação de um instrumento que possa auxiliar o enfermeiro a identificar e planejar o cuidado de pacientes que apresentem esse agravo decorrente do cuidado prestado.

Quando é identificado precocemente às alterações no local da punção de um CVP, através de um instrumento validado, se mostra como algo eficaz para a redução do número de casos de flebite e flebite pós-infusional e suas complicações. Isso garante um cuidado seguro, de qualidade, com redução de custos e tempo de internação.

Acredita-se o enfermeiro diante de tantas funções que fazem parte da sistematização da assistência e do cuidado, acabe não identificando alterações simples que podem prejudicar o prognóstico de um paciente com acesso venoso periférico. Existindo um instrumento que possa auxiliar nessa identificação precoce, de alterações no local de punção, é possível que esse agravo não ocorra, ou seja identificado o mais precocemente, e assim contribuir para redução do número de casos de flebite e flebite pós-infusional.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo a validação de um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional para auxiliar o enfermeiro na avaliação e cuidado desse agravo.

2 I MÉTODO

2.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de desenvolvimento que tem por objetivo elaborar ou melhorar um instrumento. É composto por duas etapas: elaboração de um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional e a avaliação desse instrumento por enfermeiros da área de controle de infecções, para sua validação (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

2.2 Procedimentos

Foi elaborado um instrumento pelos pesquisadores, não validado, para avaliação e classificação da flebite e flebite pós-infusional. Seu conteúdo foi baseado nas escalas "Visual Infusion Phebitis (VIP)" e a "Phebitis Scale" (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

Em sequência, esse instrumento foi submetido a apreciação de enfermeiros que atuam na área de controle de infecções para validação, por se tratar de uma área de atuação do enfermeiro que busca a prevenção de agravos relacionados a infecção e contaminação (HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação de um instrumento permite ver sua qualidade em medir ao que se propõe e se isso ocorrerá com precisão. Em relação as maneiras de validação, estas podem ser de conteúdo, de constructo ou relacionada a um critério. Por se tratar de um estudo que busca uma análise criteriosa de conteúdo, optou-se pela validade de conteúdo. Nessa avaliação, os especialistas da área, por meio da técnica Delphi, que consiste na análise e discussão dos peritos sobre o tema, poderão sugerir a inclusão ou exclusão de qualquer item, como também a adequação do que for necessário. O instrumento será avaliado quanto a sua organização, objetivo, aplicabilidade, clareza e compreensão do seu conteúdo (HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

2.3 Coleta de dados

A coleta de dados teve duração de dois meses. Foi realizado o convite para os especialistas participarem da validação do instrumento. Após esse convite e o aceite em participar do estudo foi enviado o instrumento e o roteiro para avaliação, sendo que cada um dos avaliadores, teve o prazo de uma semana para responder a primeira e a segunda rodada de avaliação.

Recebendo o *feedback* dos avaliadores, os pesquisadores construíram um painel de avaliação, com as sugestões o que possibilitou realizar as modificações necessárias. Foram realizadas duas rodadas de avaliação e feedback com cada avaliador para a validação

final do instrumento. Para avaliação do instrumento proposto para avaliação da flebite e flebite pós-infusional foi construído pelas pesquisadoras um roteiro. O mesmo é composto por afirmativas que permitiram avaliar 13 assertivas por meio das respostas – concordo, concordo parcialmente e discordo, no que se refere aos quesitos – organização, objetivo, aplicabilidade, clareza e compreensão do seu conteúdo, além do espaço para inclusão dos itens que necessitavam alteração, exlcusão ou inclusão.(HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

O convite para participação da pesquisa foi realizado para enfermeiros com especialidade em infectologia ou, no mínimo, um ano de atuação em serviço de infecção relacionada a assistência à saúde. A escolha dos avaliadores foi aleatória, desde que atendessem os critérios de inclusão solicitados para serem avaliadores. O convite para avaliação do instrumento foi realizado pessoalmente, por e-mail, via whatsapp ou por telefonema.

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de frequência descritiva simples, o que possibilitou avaliar os itens no que se refere a inclusão de novos itens ou exclusão.

2.5 Aspectos éticos

A coleta de dados teve início após aprovação do comitê de ética em pesquisa e aceite dos participantes, respeitando a resolução 466 de 2012.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo três enfermeiras do sexo feminino, que apresentam idade entre 39 anos e 48 anos, com tempo de atuação no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar entre 1 e 10 anos. Em relação a pós-graduação, uma possui mestrado na área de educação em saúde e as demais especialização na área de MBA, gestão em saúde, controle de infecção, UTI neonatal e pediática.

Foi utilizado um roteiro de avaliação que auxiliou na avaliação do instrumento proposto a ser validado. Essa avaliação pontuou, por uma das avaliadoras, que o mesmo permite a avaliação e a classificação da flebite e da flebite pós-infusional de forma parcial, as demais acreditam que o instrumento contempla os itens propostos para o que se destina.

Foram solicitadas a inclusão de quatro novas perguntas ao roteiro , sendo que uma mesma sugestão foi proposta por duas avaliadoras. Foi solicitada a exclusão de uma questão e de um item dentro de uma das questões. Dentre as demais questões, as sugestões foram de acrescentar mais algum item e unificar algumas das questões. As alterações foram realizadas de acordo com o que foi proposto.

Na análise da primeira rodada foram realizadas alterações na questão quatro que aborda sobre “drogas em uso EV e diluição” sendo acrescentado um novo item sobre

Nutrição Parenteral Periférica (NPP). Outro item incluído foi relacionado ao acesso venoso periférico ser exclusivo para drogas vasoativas (DVA) e qual a associação medicamentosa poderia ocorrer no mesmo.

Na questão cinco, que avalia sobre quais são as alterações presentes no local da punção, houve alterações no enunciado da questão, foi acrescentado sobre as alterações no local da punção com flebite ou após perda ou a retirada do dispositivo, também foram acrescentados novos itens sobre a manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), a retirada do PICC, perda do cateter e perda do PICC.

Na questão seis, que aborda sobre o local da punção, foram acrescentados novos itens sobre data da punção ou falta de identificação da data no PICC. Na questão oito, que aborda sobre o dispositivo utilizado, foi acrescentado um novo item relacionado ao diâmetro do PICC; na questão nove que avalia o número de tentativas de punção e dez que avalia se houve tentativa de punção por mais de um profissional, foram acrescentados um novo item sobre não ter informações a respeito do número de tentativas da punção;

A questão 12 é uma questão nova, que aborda sobre a fixação e condições de cobertura do dispositivo; a questão 13 é uma questão nova que avalia se foi realizado antissepsia e qual foi o produto utilizado; na questão 14, que avalia sobre as alterações apresentadas no local da punção após a retirada ou perda do dispositivo, foram acrescentados alguns itens sobre se houve perda do cateter, se o dado foi coletado do prontuário do paciente ou se foi um dado referido pelo mesmo, houve a exclusão de uma questão que abordava sobre a perda do cateter, a mesma foi incluida na questão 14 e, por último, na questão 15 que aborda sobre a classificação e o acompanhamento da flebite e flebite pós-infusional foi retirado o grau 0.

Após as alterações realizadas foi enviado novamente o instrumento com as correções para as enfermeiras para uma segunda rodada de análise. Nessa nova rodada, uma avaliadora relatou que todos os itens contemplam um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional e duas avaliadoras realizaram novas sugestões de alteração.

Na segunda rodada, as questões que obtiveram alterações foram a seis, em que foram retirados alguns itens sobre o local da punção e realizada modificação no enunciado da questão que aborda sobre facilidades e dificuldades na punção e foi incluído uma nova questão, numerada como sete, que aborda sobre as características do local da punção. Na questão 13 foi acrescentado o item outros para a realização de antissepsia, na questão 14 foi acrescentado o item sem informação para as alterações no local da punção; na questão 16 foi acrescentado outros, para as notificações realizadas.

Através da análise das duas rodadas o instrumento foi reformulado.

4 I DISCUSSÃO

Como resultado desta pesquisa foi validado um instrumento desenvolvido para avaliação de flebite e flebite pós-infusional, com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e realização da assistência necessária aos pacientes, para que os mesmos não desenvolvam qualquer tipo de flebite. O instrumento foi analisado por três enfermeiras com experiência na área de infeção relacionada à assistência à saúde o que possibilitou a realização de algumas mudanças pertinentes que colaborou para a sua melhoria.

O roteiro de avaliação está direcionado para avaliação do paciente hospitalizado e contempla os seguintes itens: data, hora, dia da internação, setor, iniciais do paciente, diagnóstico médico, drogas em uso EV e diluição, alterações no local da punção com flebite ou após a perda ou retirada do dispositivo, local da punção, dispositivo utilizado, número de tentativas da punção, se houve punção por mais de um profissional, tempo de permanência do dispositivo, fixação e a condição de cobertura, se foi realizado antissepsia e qual produto foi utilizado, alterações apresentadas no local da punção após a perda ou retirada do dispositivo, classificação e acompanhamento da flebite e flebite pós-infusional e a notificação da CCIH.

Foi realizado um estudo em três unidades de internação para adultos, com pacientes com uma ou mais inserções venosas periféricas, os pacientes precisavam atender os critérios de ter idade de 16 anos ou mais, nível de orientação preservado e com cateter colocado na unidade de internação. Em determinada etapa da pesquisa, foi criado um formulário composto por dados de identificação do paciente, unidade de internação, diagnóstico médico, leito, sexo, idade, qual a data e a hora da inserção do acesso venoso, local da inserção e calibre do cateter, e se existe sinais de flebite e quais são eles (SOUZA et al., 2015).

Nesse estudo, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que foi até a unidade verificando quais eram os pacientes puncionados perifericamente, e preenchiam os requisitos. Após essa etapa, era aplicado o instrumento para cada um dos pacientes, observando o local da inserção do acesso venoso. A pesquisadora acompanhava os acessos venosos periféricos por até 96 horas após a sua retirada, para identificar se existia a flebite pós-infusional. Alguns acessos, por terem sido retirados no momento da alta, não foi possível realizar sua observação após a retirada (SOUZA et al., 2015).

Foram avaliados 174 pacientes, 42,53% eram do sexo feminino e 57,47% do sexo masculino, sendo possível avaliar 221 acessos venosos no total. Dentre os 221 acessos, 42 tinham critérios clínicos para a definição de flebite, sendo uma incidência de 19%. É possível verificar que a flebite atingiu predominantemente o sexo masculino (12,66%) comparado ao sexo feminino (6,33%). Verificou-se uma maior incidência do grau II de flebite, o predomínio nos cateteres de calibre 22G e em punções realizadas no dorso da

mão. Os cateteres que se encontravam no terceiro dia de punção, apresentaram maior incidência de flebite (SOUZA et al., 2015).

Em outro estudo que tinha como finalidade avaliar a ocorrência de flebite no decorrer do uso de cateter intravenoso periférico (CIP) e pós-infusional e de verificar a associação em pacientes hospitalizados com os fatores de risco, foi investigada a relação dos fatores de risco com a flebite durante o uso de CIP (URBANETTO et al., 2017). O estudo foi realizado em uma unidade de clínica e cirúrgica em um hospital universitário, com 381 pacientes, porém alguns foram excluídos por critérios, como: idade menor que 18 anos, não utilizavam CIP, alteração no nível de consciência, medidas de bloqueio epidemiológico e se recusaram a participar do estudo, sendo assim o estudo foi composto por 165 pacientes, que atenderam os critérios de uso de CIP nas primeiras 24 horas após a internação. Foram consideradas todas as punções realizadas nos pacientes da pesquisa, o que totalizou 447 punções (URBANETTO et al., 2017).

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento contento idade, sexo, cor da pele, localização do CIP, tempo que permaneceu, número de CIP, fixação, manutenção, visualização do local da inserção, data da inserção e fármacos administrados. Ocorreu a coleta de dados no primeiro dia da inserção do CIP e todos os dias até o CIP ser retirado. Após a sua retirada foi verificado novamente todos os dias por até 96 horas (URBANETTO et al., 2017).

Houve a incidência de flebite em 7,2% das punções, com predomínio do grau I em 81,2% dos casos. A flebite pós-infusional ocorreu em 23% dos casos, com predomínio do grau I em 47,% dos casos. Quanto a cor da pele, a cor branca e parda está relacionada a flebite grau I, e a pele preta, com flebite grau II. Nenhum medicamento apresentou relação com grau de flebite durante o uso de CIP (URBANETTO et al., 2017).

Após a retirada do CIP mostrou que, em pacientes com idade entre 19 a 48 anos e 71 a 95 anos, está relacionados com flebite grau I e, de 49 a 70 anos relacionados, a flebite grau III. Na flebite pós-infusional nenhum medicamento mostrou relação significativa (URBANETTO et al., 2017).

Em um outro estudo, que tem como objeto definir as flebites que são notificadas em um hospital de Rede Sentinela, por meio da investigação sobre como são caracterizadas as notificações para essa rede, foi possível observar que é de extrema importância a elaboração de protocolos que destaquem a monitorização diária de CIP, quando se está localizada em antebraço e dorso da mão, pois são locais com incidências de flebite grau I. É importante realizar capacitações sobre a prevenção de flebites e segurança do paciente. (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Os dados do estudo foram retirados da ficha de notificação de flebite do serviço da Gerência de Risco, com pacientes que apresentaram flebite no período de internação, sendo um total de 285 notificações. Os dados da ficha eram sobre: o setor hospitalar que foi realizado a notificação, local da punção, a causa e grau da flebite (OLIVEIRA; OLIVEIRA;

OLIVEIRA, 2016).

Através dos 285 casos de flebite observados foi possível verificar que os locais que mais tinham incidência eram o dorso da mão (36,5%), antebraço (34,4%) e braço (21,4%). Em relação a classificação da flebite 63,2% obteve classificação de grau I, 27% de grau II e 5,3% de grau III. Em relação as causas: causas químicas 72,6%, causas mecânicas 12,6%, causas bacterianas 2,5% e as causas pós-infusão 3,2%. A maior incidência de notificações foi da emergência com 35,8% e enfermarias clínicas 29,5% (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em relação ao local do AVP, observou-se um percentual no grau I de flebite que foi de 74,% no dorso da mão, e de 60,8% no antebraço O percentual de flebite no grau II foi de 33,% no antebraço e de 21,% no dorso da mão, foram localizados 11 casos na fossa cubital, 54,5% classificados como grau II (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em relação a causa verificou-se que o grau I de flebite apresentou causa mecânica em 80,6% e a química em 66,3%, entretanto. no grau II a causa química foi de 27,8% e a causa mecânica em 19,4%. As causas bacterianas e pós-infusão mostram 50% e 57,1%, respectivamente para grau II os valores são de 25% e 28,6% (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em um outro estudo realizado com o objetivo de descrever as flebites que são notificadas em um hospital universitário, colaborando com algumas intervenções para uma melhor qualidade da segurança e do cuidado ao paciente, foi realizada a observação em três unidades de internação de um hospital universitário, com pacientes adultos, de alta complexidade (PEREIRA et al., 2019).

O hospital tem um setor de gestão de riscos, que utiliza protocolos de segurança do paciente, com ações referentes aos cuidados com acesso venoso periférico (AVP) e monitorização da ocorrência de flebite. A pesquisa ocorreu com 76 pacientes, e para que não ocorra notificações repetidas, foi considerada somente a primeira flebite notificada. Os dados coletados foram sobre sexo, idade, qual o tempo de internação, setor, diagnóstico inicial, se existiam comorbidades e as medicações em uso. Foram coletados os dados dos registros de enfermagem, como o registro de conduta, a conduta adotada e o registro da flebite em instrumento de avaliação diária de enfermagem e as medicações foram divididas em classes de medicamentos (PEREIRA et al., 2019).

Dentre as notificações de flebite verificou-se que grande parte ocorreu em homens (56,4%). Em relação a internação, grande parte dos pacientes que foram notificados, estiveram internados por mais de 21 dias (47,4%) e entre oito e 20 dias (42,3%), com tempo de internação médio de 25,6 dias. Em relação aos setores, as clínicas médicas do 2º andar apresentaram 34,6% e 4º do andar 43,6% de casos notificados. Sobre o diagnóstico inicial prevalece pacientes com doença cardiovascular (24,4%) e doenças infecciosas (20,5%). Grande parte dos pacientes que apresentaram flebite não tinham nenhuma comorbidade (47,4%). Os que possuíam comorbidades mostrou uma (20,5%) ou duas

(19,2%), porém alguns pacientes tinham três (10,3%), quatro ou mais (2,6%). A grande maioria era dislipidemia (7,7%), Diabetes Mellitus (14,1%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (35,9%). Em relação as medicações administradas, por meio de terapia intravenosa no período que houve a flebite, destaca-se os antibióticos (46,1%), antieméticos (25%), analgésicos não opióides (20%), opióides (19,7%), eletrólitos (17,1%) entre outros (14,5%) (PEREIRA et al., 2019).

Foi verificado os registros de anotação de enfermagem para identificar as ações que foram aplicadas, a maior parte em que houve o registro (59,2%), observou-se que as medidas tomadas foram a realização de compressas de gelo (44,7%), troca do acesso (34,2%) e a elevação dos membros (2,6%). Também foi verificado a existência de registro no instrumento de avaliação diário de enfermagem (PEREIRA et al., 2019).

Sendo assim é possível observar que é importante a compreensão das características das flebites para determinar quais são as ações de prevenção e para redução dos riscos e da ocorrência (PEREIRA et al., 2019).

5 | CONCLUSÃO

Através da realização deste estudo foi possível concluir que é de extrema importância que exista um instrumento de avaliação para as flebites e flebite pós-infusional, em ambiente hospitalar, para que ocorra práticas mais seguras de terapia infusional.

Sendo assim, um instrumento validado auxilia o profissional de saúde na prevenção de flebite. É preciso que o profissional tenha atenção e cuidado com seus pacientes e aplique o instrumento para auxiliá-lo na segurança do paciente, no controle e no agravo das flebites.

Quando é identificado com antecedência a existência de alterações no local da punção isso se torna uma ferramenta efetiva para a prevenção de flebite e flebite pós-infusional, consequentemente diminuindo suas complicações e tempo de internação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/ Caderno+4++Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+% C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Infusion Nurses Society Brasil. ***Diretrizes práticas para terapia infusional***. São Paulo, 2013. p. 94.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. ***Rev Bras Enferm***. v. 59, n. 3, 2006, p. 314-320.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300012. Acesso em: 15 de janeiro de 2020

HIGGINSON, R.; PARRY, A. Phlebitis: treatment, care and prevention. ***Nursing times,*** v. 107, n. 36, 2011. Early online publication.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, l. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. ***Rev Bras Enferm***. v. 65, n. 5, 2012, p. 751-757 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de janeiro de 2020

LEITE, S. S. et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. ***Rev Bras Enferm***. v. 71, supl 4, 2018; p.1732-1738. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 15 de janeiro de 2020

OLIVEIRA, C. S. O.; OLIVEIRA, A. P. B.; OLIVEIRA.R.C. Caracterização das flebites notificadas a gerência de risco em hospital da rede sentinela ***Revista Baiana de Enfermagem***, v.30, n.2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15361/pdf_42. Acesso em: 21 de julho de 2020.

OLIVEIRA, D. F. L.; AZEVEDO, R. C. S.; GAIVA, M. A. M. Diretrizes para terapia intravenosa no idoso: pesquisa bibliográfica. ***Rev. Pesq. Fudam. Care. Online,*** v. 6, n. 1, p. 86-100, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750621032.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2020

PEREIRA, M. S. R., et al A segurança do paciente no contexto das flebites notificadas em um hospital universitário ***Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção***, v.9, n.2, p.109-115, 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-10214. Acesso em: 21 de julho de 2020.

SOUZA, A. E. B. R., et al Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário ***Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste***, v. 16, n.1, p. 114-122, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185014.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2020.

UK. ROYAL COLLEGE OF NURSING. ***Standards for infusion therapy***, 3 rd London,2010. Available from: http://www.bbraun.it/documents/ RCN-Guidlines-for-IV-therapy.pdf . Cited in 18 jul. 2018.

URBANETTO, J. S., et al Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados ***Revista Gaúcha de Enfermagem***, v.38, n.2, p. 1-10, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170258793.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2020.

US. INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. ***J Infus Nurs.*** v. 34, n. 1, p. 1-100, 2011.

CAPÍTULO 19

VIOLÊNCIA URBANA: DESAFIO DA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 18/06/2021

Janaina Moreno de Siqueira
Mestre em Enfermagem e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-9806-6352

Ana Luiza da Silva Carvalho
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-8331-1511

Juliana Barros de Oliveira Corrêa
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-1334-9266

Nathália Claudio Silva da Fonseca
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0001-5748-6230

Rita de Cássia da Silva Brito
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0003-3885-8726

Sheila Nascimento Pereira de Farias
Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0001-5752-265X

RESUMO: **Objetivo**: identificar evidências científicas disponíveis na literatura sobre o impacto da Violência Urbana na qualidade de vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Método**: revisão integrativa de artigos indexados na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em janeiro de 2019, para a coleta de dados, empregou-se o operador booleano “AND” entre os descritores e palavras-chaves em Ciências da Saúde (DeCS): “Qualidade de Vida”, “Estratégia Saúde da Família”, “Saúde da Família”, “Política Pública”, “Exposição à Violência” e “Violência”. Foram incluídos artigos que elencassem violência urbana, qualidade de vida, estratégia saúde da família publicados entre 2008 A 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol, e excluídos relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, textos não científicos e artigos sem disponibilidade do texto na íntegra *on-line*. **Resultados**: A busca resultou em 32 artigos que após aplicados os critérios de exclusão e adequações relacionadas à pergunta de norteadora, foram selecionados 04. Foi evidenciado a maioria dos estudos no campo da violência doméstica. **Conclusão**: A enfermagem tem papel estratégico na promoção da qualidade de vida e deve fomentar a discussão sobre abordagens e práticas sociais da saúde coletiva e, em específico, da ESF, em torno da questão dos determinantes de qualidade de vida e a relação com a violência, que ainda é incipiente, logo, trata-se de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil, visto que é necessário reconhecer os desafios da Atenção

Primária e discutir, portanto, o fenômeno a violência urbana nos territórios da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família.
PALAVRAS - CHAVE: qualidade de vida; política pública; violência.

URBAN VIOLENCE: CHALLENGE IN PROMOTING QUALITY OF LIFE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Objective: to identify scientific evidence available in the literature on the impact of Urban Violence on the quality of life of users of the Family Health Strategy. **Method:** integrative review of articles indexed in the base of the Virtual Health Library (VHL), in January 2019, for data collection, the Boolean operator "AND" was used between the descriptors and keywords in Health Sciences (DeCS): "Quality of Life", "Family Health Strategy", "Family Health", "Public Policy", "Exposure to Violence" and "Violence". Articles listing urban violence, quality of life, family health strategy, published between 2008 and 2018, in English, Portuguese and Spanish, were included, and informal case reports, book chapters, dissertations, theses, reports, news, editorials were excluded , non-scientific texts and articles without availability of the full text online. **Results:** The search resulted in 32 articles that after applying the exclusion criteria and adjustments related to the guiding question, 04 were selected. Most studies in the field of domestic violence were evidenced. **Conclusion:** Nursing has a strategic role in promoting quality of life and should encourage the discussion on approaches and social practices of collective health and, in particular, of the ESF, around the issue of quality of life determinants and the relationship with violence, which is still incipient, therefore, it is an indispensable agenda in the government and civil society intervention agenda, as it is necessary to recognize the challenges of Primary Care and therefore discuss the phenomenon of urban violence in the territories where the Family Health Strategy teams.
KEYWORDS: Quality of life; public policy; violence.

INTRODUÇÃO

Preliminarmente, deve-se entender a complexa relação entre violência e saúde que, de fato, aponta para a maior necessidade de discussão sobre os conceitos e práticas de saúde e as políticas públicas no Brasil, onde, nos últimos 10 anos, cerca de 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional; isso equivale a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, correspondendo a 30 vezes mais a taxa da Europa no mesmo período. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2016, alcançamos a marca histórica de 62.517 homicídios (IPEA,2018).

Em consonância com esse panorama preocupante, o último atlas da violência aponta um aumento de 3.085 homicídios no corte temporal de 2017. Dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Saúde do Ministério da Saúde (SIM/MS) revelam 65.602 homicídios no Brasil somente no período de 2017, proporcional ao número cerca de 32 mortes para cada cem mil habitantes, evidenciando a indispensabilidade de políticas públicas efetivas, posto que se trata preponderante a mortalidade violenta no país

(IPEA, 2019).

Nesse ínterim, o elevado número de assassinatos com armas de fogo coloca o Brasil entre os dez países mais violentos do mundo (WHO, 2017). Vale ressaltar que o problema dos homicídios não se restringe apenas ao instrumento utilizado no ato do crime, mas também a fatores econômicos, sociais e políticos e, por essa razão, além do controle de armas, outras políticas públicas devem ser adotadas, atingindo de forma sistêmica e integral todos os outros fatores os quais favorecem o crescimento da criminalidade (MARTINS JUNIOR, 2018).

Apesar do Estatuto do Desarmamento, empreendido no país em 2003, não tenha revertido o número de homicídios, ressalta-se que foi capaz de conter a evolução vertiginosa da letalidade violenta, visto que os resultados obtidos, entre os anos de 2004 e 2015, equivalem a aproximadamente 132.725 vidas poupadas e é possível estimar uma redução de 5,7 pontos na taxa de homicídios no mesmo período (MARTINS JUNIOR, 2018).

Antiteticamente, um questionamento nesse contexto se dá ao nos depararmos com a questão da flexibilização do uso de armas no país, pela complexidade divergente da política atual, pois, com o Decreto Presidencial 9.785/2019, modificaram-se as diretrizes do Estatuto do Desarmamento (Lei 10.826/03), flexibilizando o acesso e a política de controle de armas de fogo no Brasil.

Nessa direção, não é coincidência que os Estados onde se observou maior crescimento da violência letal, na última década, são aqueles em que houve, concomitantemente, maior crescimento da vitimização por arma de fogo. Outrossim, estudos apontam que o controle da arma de fogo é um dos fatores centrais como forma de garantia de um país menos violento; todavia, as reflexões sobre promoção da saúde, qualidade de vida, garantia dos direitos e os impactos da violência urbana, ainda são pouco exploradas e problematizadas nas políticas urbanas (SANTOS, 2017).

Indubitavelmente, a violência tornou-se um problema de saúde pública matando mais que algumas doenças conhecidas e virou a primeira causa de óbito da população de 5 a 49 anos de idade. Para além disso, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2014, a cada 10 minutos, uma pessoa era assassinada no país nesse período, o que representou um impacto de 5% do PIB no orçamento brasileiro com o gasto com a violência. Ademais, a desigualdade social, medida pelo Coeficiente de Gini, associada ao crime e à violência, favorece a violência no mundo inteiro, não apenas no Brasil (BUENO, LB et al, 2016).

Inegavelmente, a taxa de homicídios, no que se refere aos indicadores de saúde, foi o indicador mais correlacionado aos níveis de desigualdade de renda, demonstrando que a questão da violência urbana não teria como ser dissociada da grande disparidade presente na sociedade, além de influenciar na qualidade de vida e nas efetivas ações das estratégias políticas implementadas. Logo, deve fazer parte do dilema cotidiano estabelecer fronteiras entre ações de saúde e sociais a fim de, juntamente com outras instâncias, procurar

alguma resolutividade para as situações as quais fogem ao alcance da ESF atualmente (NOBRE,2017).

Dessarte, é preciso discutir de que jeito assegurar o acesso ao cuidado no decurso do tempo no território vulnerabilizado pela violência, além de pensar em ações exequíveis de fato no âmbito da prevenção, desde as macropolíticas até as políticas públicas as quais afetam diretamente na qualidade de vida e na realidade local vivenciadas pelos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Precipuamente, é preciso considerar que não é necessário sofrer diretamente uma violência para que ela tenha efeito negativo na saúde física e mental. Afinal, o conceito de vítima direta e indireta considera o impacto sobre a família não somente no sujeito, mas considera o fato de que somente o medo de sofrer violência já gera impacto na saúde. Por conta disso, é imprescindível pensar na promoção da saúde e qualidade de vida como atores sociais diretamente relacionados à assistência, educação, assistência social, esporte, lazer, habitação e segurança pública, visto que a violência e seus pormenores tornaram-se uma questão relevante de saúde pública (CONSTANTINO,2016).

Por certo, é fundamental compreender os determinantes de Qualidade de Vida (QV) e suas implicações à luz dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tendo em vista a saúde ser considerada a partir de uma agenda pública sustentável, de caráter intersetorial, capaz de impulsionar o enfrentamento de questões sociais, dialogando com o paradigma da Promoção da Saúde, com estratégias que garantam a equidade e a melhoria da qualidade de vida das populações materializando-se nas políticas públicas de saúde (GALLO, 2014).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Para a construção do presente estudo, percorreram-se seis etapas. Para nortear a formulação da questão de pesquisa, realizada na primeira etapa de construção deste estudo, foi utilizada a estratégia PICo, metodologia empregada para a elaboração da pergunta para a busca de evidências na literatura. Na primeira etapa da pesquisa, formulou-se a questão de pesquisa: ***O que existe nas publicações científicas acerca da qualidade de vida dos usuários da Estratégia de Saúde da Família perante violência urbana no qual estão inseridos e de que forma as políticas públicas podem ter impacto neste cenário?***

A busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, em janeiro de 2019, para a coleta de dados, empregou-se o operador booleano “AND” entre os descritores e palavras-chaves em Ciências da Saúde (DeCS): “Qualidade de Vida”, “Estratégia Saúde da Família”, “Saúde da Família”, “Política Pública”, “Exposição à Violência” e “Violência”.

A combinação de todos esses descritores, porém, não gerou resultados. Retirando-se os descritores “Saúde da Família” e “Exposição à Violência”, 2 artigos foram identificados.

Utilizando-se os descritores “Qualidade de Vida”, “Política Pública” e “Violência”, 32 artigos foram identificados.

Na segunda etapa, definiram-se os critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2014 a 2018, com textos completos disponíveis sobre a temática em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos fora do recorte temporal de 2014 a 2018, sem textos completos disponíveis sobre a temática, textos em outras línguas e que não abordem alguma política pública relacionada à violência.

Como, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o número de artigos foi igual a cinco, o que dificultaria a exploração da temática, o corte temporal foi expandido para os anos de 2008 a 2018 (de 5 para 10 anos), obtendo-se o total de 9 artigos.

Na terceira etapa, ocorreu a seleção primária dos artigos pela leitura dos títulos e resumos, com posterior seleção secundária, por meio da leitura do texto completo e a avaliação da adequação do conteúdo com o objetivo proposto. Assim, foram selecionados apenas 4 artigos que se enquadravam na temática do estudo.

Na quarta etapa, foi realizada a análise dos dados; na quinta etapa, a discussão dos dados e, na sexta etapa, foi apresentada a síntese, sendo que tanto a análise quanto o apanhado de referências foram corporificadas de modo dedutivo após análise das premissas, o que possibilitou a observação a contagem, a descrição e a classificação dos dados, para atingir o propósito de compilar o conhecimento produzido sobre o tema explorado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado, segue a descrição dos artigos selecionados segundo ano de publicação, título, local de origem, área de conhecimento, tipo de metodologia e ideias principais na tabela 1.

ano	título do artigo	local	área de conhecimento	metodologia	ideias principais
2015	Análise da violência doméstica na saúde	Brasil	Enfermagem/Medicina	Qualitativa	os agravos causados pela violência doméstica interferem na qualidade de vida
2014	Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade	Brasil	Medicina	Editorial	a expansão da violência em relação aos direitos humanos, condição de vulnerabilidade, desafio adicional às práticas de saúde
2013	Análise da inserção do tema da violência na política de saúde mental brasileira a partir dosseus marcos legais	Brasil	Psicologia	Análise documental	debate acerca da violência e a instituição psquiátrica, garantia dos direitos, vulnerabilidades sociais, tensões entre forças políticas sociais.
2012	Rede contra violência sexual no DF:Uma representatividade da saúde e da educação na adolescência	Brasil	Enfermagem	Qualitativa	valorização da qualidade de vida da vítima de violência sexual, necessidades sociais, elaboraçõ de políticas públicas direcionadas a violência sexual

Tabela 1: descrição dos artigos selecionados

Nessa perspectiva, com relação ao ano, pôde-se observar uma concentração, ainda que pequena, de publicações entre os anos de 2012 e 2015. Tal fato pode ser justificado pelo fato de o índice de violência ter apresentado um pico de 2011 para 2012, segundo o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), com acréscimo importante na taxa de homicídio, naquele período.

Contudo, as taxas permaneceram crescentes após 2015 e nenhuma outra publicação foi identificada. Paralelamente, observa-se que todos os artigos foram publicados no Brasil, o 9º país mais violento do mundo segundo relatório anual da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre as estatísticas da saúde global, publicado em 2018.

Não obstante, com relação à metodologia utilizada nos estudos selecionados, tem-se predomínio da abordagem qualitativa, ideal quando se quer aprofundar conhecimentos e buscar mais "insights" que resultados numéricos.

Além disso, no que tange às ideias principais, os estudos confrontam as conquistas e desenvolvimento social com a expansão da violência. Assim, abordam a questão da violência com abordagem social, considerando-se direitos humanos, saúde, economia e política pública, destacando seu impacto multisetorial e, principalmente, sobre a qualidade de vida das pessoas.

Uma vez que a saúde consiste em uma satisfação geral e não apenas na ausência de doenças, a violência pousa como desafio aos profissionais de saúde, que devem desenvolver suas práticas de forma a minimizar os danos postos pelas vulnerabilidades e desigualdades.

Nesse contexto, ganha destaque a violência sexual, a violência contra mulher e a violência relacionada ao uso de álcool e drogas, apontando para a carência de políticas

públicas efetivas e a fragilidade na integração entre os setores saúde, educação e segurança, por exemplo.

Desse modo, é perceptível, quanto a publicações recentes relacionadas aos determinantes de qualidade de vida e à associação da importância do tema da violência, ainda são escassos na literatura, trabalhos que abarquem, notadamente, o nexo da violência urbana e seus reveses na saúde. Nessa direção, são necessários estudos os quais se propõem a contribuir também para a relevante discussão dessa problemática, tão presente na maior parte dos centros urbanos, na perspectiva do próprio usuário da ESF, reforçando a necessidade de análises teóricas futuras.

Sob tal ótica, destaca-se a revisão integrativa acerca dos serviços de saúde que atendem aos impactos da violência sobre a saúde, organizada pela pesquisadora Minayo em 2017. A seleção de documentos realizada nas bases de dados BVS, Lilacs, Pubmed, Scopus e Web of Science, além de da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), apontou às áreas científicas e as universidades onde se produziram teses e dissertações. Na área da Enfermagem, em relação à temática, foram encontrados 41 documentos; nessa área, dentre as Universidades, destacam-se a Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o que reforça a necessidade de produção científica a respeito da temática (MINAYO et al, 2017).

Além disso, para o entendimento do contexto, deve-se elucidar a ideia de que qualidade de vida condiz com saúde. Para tal, faz-se necessária a ampliação da compreensão dos conceitos de saúde e qualidade de vida no seu sentido prático, teórico e epistemológico pelos profissionais de saúde, os quais ainda são guiados pelo modelo reducionista que não considera o ambiente físico e social onde os problemas ocorrem; ou seja, os fatores intervenientes, muitas vezes, podem estar sendo subjugados (ALMEIDA; ATHAYDE, 2015).

De fato, considerando determinantes tais quais ambiente e violência como fatores intervenientes sob a ótica da integralidade da atenção à saúde, é preciso estabelecer processos os quais considerem a atenção básica como condição essencial para o alcance dos resultados que atendam à saúde da população e sua respectiva qualidade de vida (BRASIL, 2017).

De acordo com a conferência de Alma-Ata, desde 1978, pensa-se em uma Atenção Primária de Saúde mais abrangente que nos possibilite problematizar os impasses atualmente vividos na configuração da ESF. Assim, promovendo a saúde com embasamento nos atributos recomendados por Starfield, que considera o primeiro contato como porta de entrada do sistema de saúde e a longitudinalidade independente da ausência ou presença de doenças, valorizando a abrangência da integralidade no que diz respeito à complexidade das necessidades das populações em todos os níveis da atenção. Por conseguinte, a coordenação para gerir as ações resolutivas, a orientação para a comunidade, considerando

a participação da mesma (BENÍCIO; BARROS, 2017).

Ademais, é importante considerar que a promoção da saúde e o bem-estar sejam alicerces para a promoção da qualidade de vida e o diagnóstico participativo; isto é, que o envolvimento da comunidade seja um método da estratégia para a aquisição e construção das realidades com o engajamento dos sujeitos como atores sociais. Dessa maneira, os membros que utilizam a estratégia tornam-se empregados para a inclusão e a identificação dos principais problemas na área de saúde, social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial, bem como político-institucional para fazer o levantamento da realidade local (ABRAMOVAY, 2016).

Nesse viés, a promoção da saúde é uma ideia a qual tem se tornado uma energia fundamental no que tange à saúde coletiva, haja vista a saúde ser vista como um fenômeno social marcado por iniquidades, de modo que tais entraves impedem uma prática equânime da saúde pública com ênfase na qualidade de vida. Analogamente, para se promover saúde o Brasil, tornou-se inevitável o enfrentamento de uma realidade impositora de desafios cotidianos para todos aqueles que constroem políticas públicas. Em contrapartida, a qualidade de vida depende da satisfação das necessidades básicas dos cidadãos a fim de uma gestão baseada na solidariedade social com uma visão holística dos problemas para a redução das iniquidades (ALMEIDA; ATAHYDE, 2015).

Indubitavelmente, as iniquidades relacionam-se com o aumento da violência nas grandes cidades e repercutem na vida da população, disseminando o medo e a insegurança - o que é um assunto de urgência -, quando associados aos fatores determinantes de saúde, qualidade de vida e promoção da saúde (PNUD, 2013).

Nesse prisma, as iniquidades são consideradas uns dos traços mais marcantes da situação de saúde pública no Brasil, o que traz à tona as necessidades de inclusão social, a igualdade no acesso à saúde e a fundamentalidade de políticas públicas as quais se aproximem das realidades emergentes das comunidades, principalmente nos territórios vulnerabilizados. Em suma, entende-se que a participação social deve ser um pré-requisito institucional e político para conceituar a saúde, além de uma condição imprescindível para a viabilidade e efetividade de políticas públicas (SOUSA et al, 2017).

Desse modo, é por centralidade na família, considerando seus membros, que se deve pensar em intervenções em saúde e, por fim, o atributo da competência cultural para o instrumento de reconhecimento das diferentes necessidades de distintos segmentos sociais, levando em conta sua importância no processo saúde-doença, com o propósito de considerar os determinantes de qualidade de vida e as questões ligadas à violência urbana como um problema de saúde coletiva (BENÍCIO; BARROS, 2017).

Para tanto, a aprovação do Documento “Transformando nosso mundo: a agenda 2030” apresenta 169 metas que integram as dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável, tendo como norte a orientação geral de não deixar nenhum grupo populacional excluído. Isso se reflete na implantação de políticas públicas como a

ESF, posto que esse documento sustenta a erradicação de todas as formas de pobreza, o combate às desigualdades dentro dos países membros das Nações Unidas, a promoção de sociedades pacíficas e justas, inclusivas, além da garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2016). Ademais, a violência urbana é um dos principais desafios ético-políticos em âmbito nacional e local, demandando, por sua vez, investigações acadêmicas e, também, políticas públicas orientadas por perspectivas multi e interdisciplinares (BENÍCIO; BARROS, 2017).

CONCLUSÃO

A enfermagem tem papel estratégico na promoção da qualidade de vida e deve fomentar a discussão sobre abordagens e práticas sociais da saúde coletiva e, em específico, da ESF, em torno da questão dos determinantes de qualidade de vida e a relação com a violência, trata-se de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil, visto que é necessário reconhecer os desafios da Atenção Primária e discutir, portanto, o fenômeno a violência urbana nos territórios da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. (Coord.). Diagnóstico participativo das violências nas escolas: falam os jovens. Rio de Janeiro: FLACSO, 2016. Disponível em:<http://flacso.org.br/files/2016/03/Diagn%C3%B3stico-participativo-das-viol%C3%AAncias-nas-escolas_COMPLETO_rev01.pdf> .

ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2015. Disponível em:<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1818>.

BENÍCIO; BARROS. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E VIOLÊNCIA URBANA: ABORDAGENS E PRÁTICAS SOCIAIS EM QUESTÃO.SANARE: Revista de Políticas Públicas Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia - ESP-VS. (v.16), 2017. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BUENO, L.B(org).Saúde e Segurança Pública:desafios em territórios marcados pela violência. Rio de Janeiro: 1. ed. p.92. FioCruz, 2016.ISBN-978-85-8110-027-2

CONSTANTINO, P. ; MINAYO, M.C.S; BARSAGLINI, Reni.; (organizadoras). Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015, 251p.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2016/Mai). [Citado em 16/08/2019]. Está disponível em:http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/minayo-mcs-constantino-p-organizadoras-deserdados-sociais-condicoes-de-vida-e-saude-dos-presos-do-estado-do-rio-de-janeiro-rio-de-janeiro-ed-fiocruz-2015-251p/15645

DECRETO Nº 9.785, DE 7 DE MAIO DE 2019.Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9785.htm>

GALLO, E. et al. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4383-4396, nov. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4383.pdf>.

IPEA. Atlas da Violência 2018.Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432 .

IPEA. Atlas da Violência 2019.Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784&Itemid=432.

LEI nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Estatuto do Desarmamento - Lei 10826/03.Disponível em : <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/124459/estatuto-do-desarmamento-lei-10826-03>.

MARTINS JUNIOR, Cícero da Silva .Avaliação do impacto do Estatuto do Desarmamento sobre a taxa de homicídios por arma de fogo no Brasil attena Repositório Digital da UFPE, 2018. Disponível em:<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30628>

MINAYO, M. C. S. (Org.). Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI.Visão da Literatura brasileira do campo da saúde.Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2017.596p.ISBN: 978-85-7541-525-2

NOBRE, M. Violência e desigualdade no Brasil. São Paulo: SOF, 2017. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Violencia-e-desigualdade-web.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em:< https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1> Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Faixas IDHM. Evolução do Desenvolvimento Humano nos Municípios Brasileiros. [S.L]: PNUD, 2013. Disponível em:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/idhm-do-brasil.pdf>.

SANTOS , Milena da Silva; GUIMARÃES E SILVA, Juliana; OLIVEIRA, July Grassiely Branco. O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [en linea] 2017, 30 (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 7 de mayo de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40851821011> ISSN 1806-1222

SOUSA, I. V. et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3945-3954, dez. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3945.pdf>.

CAPÍTULO 20

PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Data de aceite: 20/08/2021
Data da submissão: 29/07/2021

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza
Universidade Federal de Sergipe
Aracaju-Sergipe
http://lattes.cnpq.br/9703024398255524

RESUMO: O processo de trabalho em enfermagem é desenvolvido por atividades sequenciadas e sistematizadas de maneira objetiva, com finalidade de identificar problemas existentes e potenciais do paciente e realizar as intervenções cabíveis. A essa metodologia de trabalho denominamos sistematização da assistência de enfermagem. Buscou-se conhecer melhor as doenças inflamatórias intestinais e inseri-las no processo de trabalho desta categoria profissional; para tal fez-se um levantamento bibliográfico em livros de referência da enfermagem e artigos com conteúdos relevantes para o estudo.
PALAVRAS - CHAVE: Processo de trabalho; enfermagem; doenças inflamatórias intestinais.

NURSING WORK PROCESS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

ABSTRACT: The nursing work process is developed by objectively sequenced and systematized activities, in order to identify existing and potential problems of the patient and carry out the appropriate interventions. This work methodology is called systematization of nursing care. We sought to better understand inflammatory bowel diseases and insert them in the work process of this professional category; for this, a bibliographic survey was carried out in nursing reference books and articles with relevant content for the study.
KEYWORDS: Work process; nursing; inflammatory bowel diseases.

1 | INTRODUÇÃO

Sanna (2007) lembra que o trabalho como processo é decorrente de uma teoria Marxista, onde ocorre a transformação da matéria pela mão do ser humano; ele, o trabalho, surge pelas necessidades de sobrevivência do corpo biológico. Assim, pode ser definido processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado em um produto por meio da intervenção do ser humano que emprega instrumentos para fazê-lo.

O trabalho da enfermagem é exercido através de processos de atividades organizadas, sequenciadas, avaliadas e objetivas. Processo de trabalho em enfermagem é um método científico planejado para identificar problemas de enfermagem, determinar as necessidades básicas afetadas e prescrever ou recomendar o cuidado a pessoa, a família ou comunidade por meio da sistematização da assistência de enfermagem (NISHIO; FRANCO, 2011).

A SAE é uma metodologia científica a ser implementada na prática do trabalho, conferindo

maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade assistencial, e maior autonomia dos profissionais de enfermagem. Ela constitui uma ferramenta que auxilia na gestão do cuidado, no sentido de organizar os recursos e dispositivos para este processo/ação acontecer de forma planejada.

Doença de Cronh e Colite ulcerativa são um conjunto de condições inflamatórias intestinais distintas de causas desconhecidas que afetam o trato gastrointestinal e compromete a vida diária dos portadores destas doenças (NATALI; CAMBUI, 2015). Elas são as principais doenças inflamatórias intestinais e apresentam sintomas semelhantes como dores abdominais, diarreia, astenia, desnutrição e febre.

Segundo Natali; Cambui (2015) as doenças inflamatórias intestinais causam alterações no sistema nervoso entérico aumentando a percepção sensorial e a motilidade intestinal causando incontinências e urgências fecais.

Quevedo; Sorlando; Gimenez (2019) fizeram um levantamento bibliográfico sobre doença de Crohn para saber como a enfermagem pode contribuir na a melhoria do paciente; perceberam que a atuação da categoria profissional está na promoção da qualidade de vida a partir de orientações para o autocuidado e tratamento.

Deseja-se conhecer melhor as doenças inflamatórias intestinais e traçar o caminho para inseri-las no processo de trabalho da enfermagem. Para isso fez-se um levantamento bibliográfico sobre os assuntos relevantes.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada para chegar ao resultado um levantamento bibliográfico do tipo exploratório e descritivo, o qual segundo Apolinário (2006) é aquele que busca descrever um fato sem interferir nele; proporcionando o aumento do conhecimento teórico sobre o tema para engrandecimento do trabalho profissional. Como amostra utilizou-se livros de referência na enfermagem que continham esta temática e artigos extraídos do google acadêmico em português sobre doença inflamatória intestinal e a assistência de enfermagem e processo de trabalho de enfermagem. Farar-se-á uma análise qualitativa dos dados coletados; a fim de discutir sobre o processo de trabalho da enfermagem ambulatorial voltado para estes clientes.

3 | ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS

3.1 Fisiologia do Sistema Digestório

Os nutrientes não podem ser absorvidos de forma natural, passam por processos químicos e mecânicos para se tornarem solúveis e absorvíveis pelo sistema circulatório. Kawamoto (2021), dividiu este sistema em três setores:

- Parte superior – composta pela cavidade bucal, faringe e esôfago, onde se realiza a ingestão, salivação; trituração e transforma o alimento em um bolo alimentar pastoso.
- Parte mediana – composta pelo estômago e pelo intestino delgado, onde a estrutura química dos nutrientes é modificada e absorvida na corrente sanguínea.

O intestino delgado é um tubo muscular revestido por mucosa, está relacionado com a absorção de nutrientes e é constituído pelo duodeno, jejuno e íleo. O duodeno é a porção inicial, mais curta que se liga ao estômago pelo piloro, nele desembocam o ducto colédoco trazendo a bile e o ducto pancreático com o suco pancreático é a região onde ocorre a maior parte da digestão e da absorção de nutrientes. No jejuno ocorre pouca digestão e absorção de alimentos. No íleo, em sua mucosa existem numerosas placas de tecido linfoide denominadas placas de Peyer, que trabalham para diminuir o conteúdo bacteriano dos alimentos e na sua porção final existe a válvula ileocecal que evita o refluxo do conteúdo do ceco (parte do intestino grosso).

- Parte inferior – composta pelo intestino grosso, reto e ânus, os quais reabsorvem água e eliminam o bolo fecal não aproveitado. O intestino grosso é a parte final do sistema digestório, nele encontra-se o ceco, o colo (ascendente, transverso e descendente), o sigmoide, o reto e o ânus. Nele não ocorre digestão, sua função é reabsorver água dos sucos digestivos, restos de nutrientes, sintetizar a vitamina K e algumas do complexo B, além de armazenar e eliminar as fezes.

O peristaltismo do intestino grosso é controlado pelo sistema nervoso, os movimentos lentos têm a função de amassar o conteúdo fecal e misturá-lo com o muco da mucosa fecal; já os movimentos rápidos levam o conteúdo fecal em direção ao reto.

3.2 Sistema Digestório e a Assistência de Enfermagem

Algumas doenças alteram o estado nutricional do indivíduo provocando náuseas, vômitos, úlceras na boca, distúrbios metabólicos, doenças inflamatórias e a má absorção dos alimentos. Os nutrientes como foi adscrito são absorvidos no sistema digestório; assim como os resíduos sólidos são removidos do corpo também por meio do trato gastrointestinal. Suas estruturas são boca, esôfago, estômago, intestino delgado e intestino grosso. Sofrem ação de diversas variáveis, de acordo com a resposta de cada organismo e influenciam o padrão de nutrição e eliminação intestinal, como práticas do cotidiano, estilo de vida e tipos de alimentos ingeridos. Alterações nutricionais e de eliminação intestinal são observadas como problemas que requerem a atuação da enfermagem (VAUGHANS,2012). Vejam-se alguns destes focos de ação da enfermagem:

- **Constipação:** quando ficam fezes no cólon por longo período de tempo permitindo que a água seja absorvida em excesso do conteúdo. Assim as fezes ficam duras, secas e difíceis de serem eliminadas. Os padrões de evacuações

variam para cada pessoa, podendo o indivíduo evacuar de 02 a 03 dias e outros diariamente.

- **Impactação:** quando a constipação não é resolvida o organismo evolui para a impactação das fezes, que caracteriza por sensação de plenitude retal acompanhada de tentativas frustradas de evacuar e vazamento involuntário de fezes moles no reto.
- **Diarréia:** a passagem de fezes moles ou líquidas que ocorre quando estas passam rapidamente pelo sistema gastrointestinal; a água e nutrientes não são absorvidos corretamente; razões para que ela ocorra são uso indevido de laxantes, intolerâncias alimentares, estresses e doenças inflamatórias intestinais;

No caso do enfermeiro observar no paciente uma diarreia persistente deve ficar alerta para sinais de desidratação e traçar condutas de prevenção e ou reposição de líquidos.

- **Incontinência fecal:** é a eliminação involuntária de fezes e muitas vezes advém de problemas neurológicos como o acidente vascular cerebral e a paralisia cerebral. Uma pessoa que tem diarreia pode ter incontinência fecal, se não conseguir controlar a urgência de evacuar.

A urgência fecal e possível incontinência são sintomas relacionados aos casos de envolvimento do cólon e reto devido a perda da elasticidade retal (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS; 2015).

- **Flatulência:** É o acúmulo de gazes no sistema gastrointestinal que pode causar distensão abdominal, dor e cólica.
- **Risco de integridade da pele prejudicada:** ocorre devido ao excesso de evacuações e/ou a incontinência fecal.

Para o sucesso do tratamento, com remissão da doença a educação nutricional torna-se carro chefe do processo; na consulta de enfermagem deve ser observada alguns desvios de conduta além dos já citados:

- **Déficit na alimentação:** o paciente não consegue ou não tem condições de seguir a dieta orientada pelo especialista; não tem apetite para comer; tem medo de comer, não tem condições financeiras de comprar o alimento adequado;
- **Intolerância a atividades:** o cliente não faz atividades físicas e atribui o sedentarismo a patologias; não se sente capaz de executar as atividades da vida diária sem ajuda de outras pessoas, assim não tem como ir a feira ou supermercado para escolher sua alimentação; depende de outros para preparar sua comida.
- **Conhecimento deficiente da doença:** se o cliente não conhece sobre a doença é incapaz de promover sua remissão e ter atitudes que evitem o agravamento do problema.

- **Distúrbio da Imagem corporal:** a imagem corporal é a definição que a pessoa faz sobre seu corpo físico; a partir da maneira como o ser humano desenvolve percepções sobre si que podem ser positivas ou negativas; como ele se sente e se enxerga em relação ao seu corpo.
- **Interação social prejudicada:** devido a alguns sintomas das doenças gastrointestinais como a diarreia e a incontinência fecal, flatulências e outras complicações como as fístulas e hemorroidas, os pacientes podem evitar aglomerações e tendem ao isolamento social.

3.3 Características das Doenças Inflamatórias Intestinais

De maneira geral as doenças inflamatórias intestinais apresentam quadro de diarreia associado ou não a sangue nas fezes, dor abdominal e perda de peso. São idiopáticas; assim se acredita que a etiopatogenia está relacionada a resposta imune anormal à microbiota bacteriana da luz intestinal, causando alteração nas funções da mucosa intestinal (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS; 2015).

Os objetivos do tratamento clínico incluem manejo dos sintomas, redução das complicações, indução das remissões, melhora da nutrição e prevenção de intervenções cirúrgicas (NETTINA,2021).

3.3.1 Doença de Cronh

A doença de Cronh pode atingir qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus; o íleo terminal e o colon são as áreas mais acometidas. Inicialmente ocorre no intestino a hipertrofia da mucosa e da submucosa, perda de pregas transversais e surgimento de áreas de ulceração hemorrágicas que estão propensas a tornar-se fístulas. Na fase crônica a mucosa intestinal geralmente apresenta-se edemaciada com ulceras fissuradas interconectantes. A pesar disto vale ressaltar que pode existir áreas saudáveis entre aquelas comprometidas (NATALI; CAMBUI, 2015).

“A Doença de Cronh apresenta 3 padrões: doença no íleo e ceco (40% dos pacientes; doença restrita ao intestino delgado (30% dos pacientes) e doença restrita ao cólon (25% dos pacientes) ” (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015, pg. 11).

Outros achados da doença de Cronh são as úlceras aftoides nos lábios, gengiva e mucosa bucal, surgimento de massa em quadrante inferior direito do abdômen por espessamento das alças intestinais, fístulas, endurecimento e rubor da região anal.

A manifestação clínica pode ser dividida em 3 apresentações: inflamatório; fibroestenótico (estreitamento) e perfuração (formação de fístula). Nestas apresentações clínicas pode ocorrer cólica intermitente; diarreia crônica, febre por complicações infecciosas como abscessos, urgência fecal e tenesmo além da perda de peso (NETTINA,2021).

3.3.2 Colite Ulcerativa

É uma inflamação inespecífica do colo e do reto com prevalência na região sigmoide, causando diarreia sanguinolenta com intensas cólicas intestinais. O comprometimento é contínuo e pode causar desde erosões na mucosa, até ulceras e comprometimento da camada muscular; pode apresentar pólitos e pseudopólipos inflamatórios em todas as formas da doença. Na microscopia observa-se muco, edema de mucosa e congestão vascular com hemorragia focal (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS; 2015).

Nettina (2021) definiu a colite ulcerativa como uma doença crônica, idiopática e difusa da mucosa, menos frequente na submucosa do cólon e do reto. Desenvolve abscessos de criptas na mucosa intestinal podendo torna-se necrótica e levar a ulceração.

Em suas manifestações clínicas são: a diarreia sanguinolenta; tenesmo (esforço doloroso), sensação de urgência e frequência; aumento dos ruídos intestinais, perda de peso, febre, cólicas, náuseas e vômitos

3.4 Processo de Trabalho da Enfermagem nas Doenças Inflamatórias Intestinais

3.4.1 Assistência de Enfermagem

Netinna (2021) faz algumas considerações sobre a enfermagem atual; para ela a enfermagem é uma arte e uma ciência que atualmente está focada nos cuidados baseados em evidências e nas práticas preventivas de saúde. Seu cuidar está no paciente enfermo e seu objetivo é a promoção da saúde.

A consulta de enfermagem compreende o processo de enfermagem com as fases do histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem (privativo do enfermeiro); diferente das anotações de enfermagem, que é um registro ordenado efetuado por toda a equipe com informações da assistência prestada em 24 horas (NISHIU; FRANCO, 2011).

“A consulta de enfermagem é a aplicação do processo de enfermagem na pessoa aparentemente sadia ou em tratamento ambulatorial” (NISHIU; FRANCO, 2011, pg. 09). Nessa atividade a enfermeira assume responsabilidade pelas ações de enfermagem determinadas de acordo com o levantamento dos problemas e estabelece as intervenções necessárias.

Para a realização do trabalho da enfermagem faz-se necessário o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Tal processo é exigido pela legislação que regulamenta a profissão.

A Resolução COFEN 358/2009 normatiza o processo de enfermagem, definindo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. (COFEN,2009).

O processo de enfermagem é uma estrutura sistemática e organizada para a

prestação de cuidados com qualidade e eficiência. Possui cinco e fases identificadas como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; utilizados pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde do paciente; para definir a contribuição singular da enfermagem aos cuidados de saúde e esclarecer seus limites de atuação perante as outras categorias profissionais (VAUGHANS,2012).

Para desenvolver o processo de enfermagem o profissional tem que atuar com pensamento crítico, que por sua vez é um pensar fundamentado, rígido e dirigido a uma meta; isso é feito pelo enfermeiro a partir dos problemas levantados na primeira fase do processo de enfermagem (histórico) e durante a implementação da assistência. O enfermeiro deve analisar as informações de maneira abrangente, considerar várias opções e fazer modificações conforme necessário (VAUGHANS,2012).

Com o objetivo de exercer o trabalho em enfermagem de forma positiva é importante o reconhecimento do papel da enfermagem na instituição, com foco na qualidade da assistência, autonomia e envolvimento dos enfermeiros nas atividades do setor em que é lotado, número de profissionais suficientes, conhecimento de cada fase do processo, raciocínio crítico e clínico, caracterização do tipo de clientela e auxilio da equipe multiprofissional para atender u usuário em todas as suas necessidades (NISHIU; FRANCO, 2011).

Visando cuidado seguro e eficaz os líderes da enfermagem consideram fundamental o embasamento teórico do processo de trabalho a ser executado, nas teorias da enfermagem, as quais direcionam o olhar do profissional para a prática assistencial. A partir das teorias a categoria profissional tem conseguido consolidar a prática com o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e promovendo autonomia na assistência. Cabe ao enfermeiro ou/e a instituição definir quais teorias serão melhor aplicadas a sua clientela (NISHIU; FRANCO, 2011).

As teorias da enfermagem permitem definir a profissão como uma disciplina cientifica própria, contendo elementos uniformes que são a assistência, o paciente, o meio ambiente e a saúde (NETINNA, 2021).

Para este estudo falar-se-á de duas teorias da enfermagem focadas no autocuidado: A teoria de Wanda Horta e a teoria de Dorothea Orem.

Wanda Horta a partir de sua teoria desenvolveu o processo de enfermagem; segundo ela a enfermagem é uma ciência que compreende o estudo das necessidades humanas básicas de maneira preventiva, curativa e reabilitadora; o cuidado da enfermagem visa tornar a pessoa independente da assistência o mais rapidamente possível no ensino do autocuidado, promovendo, mantendo e recuperando a saúde com a colaboração de outros profissionais (NISHIU; FRANCO, 2011). Para Wanda Horta a saúde é um estado de equilíbrio dinâmico mantido pelas necessidades humanas satisfeitas, com enfoque nas necessidades básicas: biológicas, sociais e espirituais.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem visa a satisfação das necessidades da

pessoa em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e bem-estar. O processo de enfermagem pautado nesta teoria possibilita que a assistência prestada desperte na pessoa, família e comunidade a tomar iniciativa e responsabilidade na busca de melhorias e manutenção da qualidade de vida. Esta teoria relacionou a educação em saúde com o autocuidado. A equipe de enfermagem ao executar a assistência deve mostrar meios para o cliente torna-se independente e capaz de manter sua qualidade de vida diária (NISHIU; FRANCO, 2011).

A situação que valida a existência de uma assistência de enfermagem é a identificação no cliente da ausência de capacidade de manter continuamente a qualidade e a quantidade do autocuidado; necessitando de técnicas terapêuticas para a sustentação da saúde (NISHIU; FRANCO, 2011).

A atuação do enfermeiro está principalmente voltada para a promoção da saúde que vai além das medidas de prevenção para ajudar as pessoas a administrar sua saúde, viver mais e se sentir melhor; a promoção da saúde tornou-se uma prioridade. A enfermagem tem desempenhado funções fundamentais de prevenção como na assistência pré-natal, programas de imunização e cuidados de saúde pública; seja no hospital, na clínica ou no domicílio, a promoção da saúde se dá principalmente por meio da orientação ao paciente (NETINNA,2021).

3.4.2 Etapas Do Processo De Enfermagem

1.Coleta de dados: Ato de colher informações sobre o paciente, organizando e determinando seu significado. A execução eficaz depende do conhecimento sobre a patologia do cliente (VAUGHANS,2012).

Nas doenças inflamatórias intestinais deve-se observar padrões de fadiga; excesso de trabalho, problemas familiares que possam exacerbar os sintomas; hábitos alimentares; frequência e consistência das fezes, com sinal ou não de sangue nas fezes; ouvir os ruídos hiperativos do abdômen e acompanhar o peso do paciente (NETINNA,2021).

2.No diagnóstico: É o julgamento clínico sobre as respostas do cliente, permite uma linguagem comum a profissão (VAUGHANS,2012).Pode-se citar alguns diagnósticos: dor crônica relacionada ao processo patológico; nutrição desequilibrada associada a diarreia, náuseas e vômitos; volume de líquido deficiente relacionado a diarreia e perda de liquido e eletrólitos; risco de infecção devido ao agravamento da patologia e os procedimentos cirúrgicos; enfrentamento ineficaz associado a fadiga, sentimento de desamparo e falta de apoio (NETINNA,2021).

3.Planejamento: nesta etapa os diagnósticos são priorizados, os objetivos e critérios de resultados são estabelecidos, as intervenções são arquitetadas e um plano de cuidados traçado (VAUGHANS,2012).

4.Implementação (Intervenções): São ações programadas pelo enfermeiro com a

finalidade de melhorar, manter ou acabar com um problema que foi identificado na coleta de dados. Segue algumas implementações referentes a doenças inflamatórias intestinais listadas por Netinna (2021):

- Promoção do conforto com as orientações nas tomadas de medicações prescritas,
- Orientar cuidados com a pele ao redor dos anus para evitar ruptura.
- Alcance da melhora nutricional com orientações sobre alimentação.
- Redução de infecções e complicações com o uso correto das medicações prescritas e limpeza rígida após as evacuações;
- Fornecer suporte psicológico para diminuir o medo, a ansiedade e o desanimo quando identificados;
- Incentivar o autocuidado no monitoramento dos sintomas e retorno anual ao especialista;
- Atualizar calendário vacinal

5.Avaliação: o enfermeiro agenda o dia de retorno e nesta oportunidade faz a interação com o cliente para saber os resultados alcançados. E quais condutas devem ser acrescidas, melhoradas e/ou retiradas (VAUGHANS,2012).

4 | CONCLUSÃO

Com a crescente mudança em direção ao cuidado preventivo e centrado no paciente, os enfermeiros estão cada vez mais trabalhando em áreas ambulatoriais com atuações preventivas e de educação em saúde; além disto os clientes estão melhor informados e atuantes em relação a própria saúde. O processo de enfermagem é uma estruturada organização de saúde para a prestação de cuidados de enfermagem com efetividade e segurança para o paciente; embora cada uma das cinco fases sirva a um propósito do processo, a interação entre elas permite um plano de cuidados dinâmico em constante avaliação e aberto as mudanças necessária de acordo com as respostas observadas no cliente (VAUGHANS,2012).

Para Nishiu; Franco (2011) as vantagens da SAE são claramente observadas na prática, destacando a maior integração do enfermeiro com o usuário e a família, a individualização do cuidado; orientação para o autocuidado e direcionamento de ações de enfermagem com segurança e conhecimento. À empresa o uso da SAE fornece subsídios para auditoria e ao enfermeiro proporciona desenvolvimento e reconhecimento profissional além de assegurar seu papel de coordenador da assistência.

A estrutura e organização do processo de trabalho está alicerçado em teorias da enfermagem as quais dão embasamento teórico para o desenvolvimento da assistência.

O foco do processo de trabalho da enfermagem nas doenças inflamatórias intestinais

está nos problemas encontrados na nutrição, nas eliminações intestinais, nos aspectos psicológicos que essa doença pode afetar e no controle medicamentoso. De acordo com os sinais e sintomas encontrados durante a consulta de enfermagem traça-se o plano de cuidados.

O objetivo dos cuidados de enfermagem para este público-alvo é a manutenção da saúde, prevenção de complicações e orientações para a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, F. Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática de Pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learding,2006.

CAMBUI, Yan R.S. NATALI Maria R. M. **Doenças Inflamatórias Intestinais**: **Revisão Narrativa da Literatura**. Disponível em https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/20378. Acesso em: 02/07/2021.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN Nº358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 out. 2020.

MARANHÃO, Débora D. de A; VIERA, A. CAMPOS de T**. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais** Disponível em http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf. Acesso em:10/07/2021.

NETINNA, Sandra M**. Prática de Enfermagem.** São Paulo: Guanabara Koogan, 11ª ed., 2021.

NISHIO, EA.; FRANCO, MTG. Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

QUEVEDO, Cassia; SORLANDO, Rafael; GIMENEZ, Fabiana V.M. **Doença De Crohn E As Possíveis Contribuições Da Enfermagem**. Disponível em http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/CBFOb0w5Rv1crtf_2019-11-12-21-31-27.pdf. Acesso em: 02/07/2021.

SANNA, Maria C. **Os Processos de trabalhos em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). Brasília, 2007 mar- abr, pg. 221-4.

VAUGHANS, Bennita W. **Fundamentos da Enfermagem Desmistificados.** Porto Alegre: AMGH, 2012.

CAPÍTULO 21

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CÂNCER E DAS CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 20/08/2021
Data de submissão: 03/06/2021

Aenne Zandonadi Rodrigues Santana
Universidade Federal de Rondonópolis
Rondonópolis – Mato Grosso
http://lattes.cnpq.br/5016695155315404

Claudia dos Santos Granjeia
Universidade Federal de Rondonópolis
Rondonópolis - Mato Grosso
http://lattes.cnpq.br/3346595837783146

Mayara Rocha Siqueira Sudré
Universidade de São Paulo, campus universitário de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
http://lattes.cnpq.br/1345038591665046

Graciano Almeida Sudré
Universidade de São Paulo, campus universitário de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
http://lattes.cnpq.br/6780495629799281

Ana Paula Grapiglia
Universidade Federal de Rondonópolis
Rondonópolis – Mato Grosso
http://lattes.cnpq.br/2809463131073775

Luana Santos Duarte
Universidade Federal de Rondonópolis
Rondonópolis – Mato Grosso
http://lattes.cnpq.br/9287453992928805

Juliana Cristina Donadone
Instituição de Ensino, Faculdade ou Departamento
Cidade – Estado
http://lattes.cnpq.br/1378737477400686

RESUMO: Doenças crônicas não transmissíveis configuram como um importante problema de saúde pública no mundo. No Brasil, as que mais se destacam são as doenças cardiovasculares e o câncer, devido a seus elevados índices de mortalidade. Assim, é útil conhecer e descrever como os profissionais de saúde interpretam tais condições e como reagem a partir disto. No presente estudo, partiu-se do pressuposto de que as representações sociais dos profissionais de saúde norteiam seu manejo. Para melhor entendimento da conotação destas condições para esses profissionais, buscou-se auxílio na Teoria das Representações Sociais. **Objetivo**: Analisar as representações sociais do câncer e das doenças cardiovasculares na perspectiva de profissionais de saúde. **Método**: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Participaram 14 profissionais, aos quais foi empregada entrevista semiestruturada para coleta dos dados, posteriormente submetidos a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados**: Emergiram duas categorias temáticas, sendo elas doença com aspecto negativo e seus aspectos emocionais e físicos. Para os profissionais, o câncer possui conotação negativa e está associado à morte, enquanto as doenças cardiovasculares também apresentam um caráter negativo, porém relacionado às alterações necessárias para

mudança dos hábitos de vida. Identificou-se que representações sociais relacionadas aos pacientes com doenças cardiovasculares emergiram com mais frequência relacionados a cuidados de aspectos físicos e de orientações, ao passo que em relação ao câncer, sobressaiu-se o aspecto emocional, trazendo conotação de morte. **Conclusão:** Conclui-se que as representações sociais em relação ao câncer e as doenças cardiovasculares são diferentes. A representação social do câncer esteve relacionada a uma visão negativa, ao passo que a das doenças cardiovasculares relacionou-se principalmente com as implicações provocadas ao estilo de vida dos usuários. Evidenciou-se que o contexto no qual os profissionais estavam inseridos possui relação com a construção e/ou transformações de representações sociais sobre as doenças, bem como sobre o cuidado em saúde ofertado.
PALAVRAS - CHAVE: Câncer, Doenças Cardiovasculares, Representações Sociais, Bardin.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF CANCER AND CARDIOVASCULAR CONDITIONS IN A HEALTHCARE PROFESSIONAL PERSPECTIVE

ABSTRACT: Chronic non-communicable diseases are an important public health problem all over the world. In Brazil, the ones that stand out the most are cardiovascular diseases and cancer, due to their high mortality rates. Therefore, it is useful to know and describe how healthcare professionals interpret such conditions and how they react from this interpretation. In this study, it was assumed that social representations of these conditions guide their conduction. For a better understanding of these pathologies connotation, assistance was sought from Social Representation Theory. **Objectives**: to analyse the social representation of cancer and cardiovascular diseases in a healthcare professional perspective. **Methods**: descriptive research with a qualitative approach. Fourteen healthcare professionals participated, to whom a semi-structured interview was used for data collection, afterwards submitted to Bardin content analysis. **Results**: two thematic categories emerged, such as disease with a negative view and its emotional and physical aspects. To these professionals, cancer has a negative connotation and it is related to death, whereas cardiovascular diseases are also seen negatively, but in a different manner, when it's considered the needed changes to modify lifestyle habits. It was identified that social representations related to patients with cardiovascular disease were shown more often associated with physical care and lifestyle changing, while cancer was more associated with emotional aspects, carrying a connotation of death. **Conclusion**: the social representations of cancer and cardiovascular diseases are different. Cancer's social representation was related to a negative view, whereas the one regarding cardiovascular diseases was mainly related to the implications caused to the patient's lifestyle. Furthermore, it is shown that the context in which the professionals were inserted is related to the construction and/or the transformation of social representations about diseases, as well as about the health care offered
KEYWORDS: Cancer, Cardiovascular diseases, Social Representations, Bardin.

1 | INTRODUÇÃO

As condições crônicas são consideradas um importante problema de saúde pública na atualidade, provocando um alto número de mortes na população brasileira. Estas doenças foram responsáveis por 49,20% das internações hospitalares, no ano de 2012,

nas quais as doenças cardiovasculares e o câncer tiveram destaque, representando a primeira e a segunda causa de mortes, respectivamente, no Brasil.

O diagnóstico das doenças cardiovasculares e do câncer são capazes de provocar alterações na vida do usuário, como reações emocionais, perda da qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, como também impactos econômicos.

A partir de uma revisão da literatura, foram identificadas algumas diferenças na maneira como os usuários percebem o seu diagnóstico, que podem estar relacionadas as características de cada doença. Além disso, a forma como os profissionais de saúde enxerga essas condições podem ter impacto na condução destas.

Assim, é de grande utilidade descrever e conhecer como os profissionais componentes das equipes de saúde interpretam essas doenças e como reagem mediante as pessoas acometidas por elas. Neste estudo, partimos da hipótese de que as representações sociais das equipes a respeito das doenças que acometem os usuários estão intimamente relacionadas ao manejo destas condições.

Uma das teorias que se dispõem a explicar fenômenos como o mencionado acima é a Teoria das Representações Sociais, a qual objetiva compreender a maneira como o indivíduo se comporta em decorrência da representação que possui da realidade, além de resgatar a compreensão do mundo a partir dos conceitos construídos pelos grupos sociais, por meio das explicações disseminadas no senso comum.

A representação social pode ser condicionada a partir de aspectos sociais, culturais, históricos e pessoais. Sendo assim, entende-se que os profissionais da equipe de saúde possuem representações sociais da doença, uma vez que, seu objeto de trabalho perpassa o processo de saúde-doença-cuidado, e além dos aspectos citados anteriormente, constroem ideias e interpretações a partir das características das doenças.

Ao pesquisar a representação social das doenças cardiovasculares, encontrou-se diversos estudos que analisaram esta representação a partir da hipertensão arterial (HAS), sendo associada a ausência de sinais e sintomas. A HAS e demais doenças cardiovasculares são entendidas como patologias que podem ser controladas com medicamentos, mudanças de hábitos de vida e, por esses motivos, há pouco risco de morte, apresentando conotação negativa apenas quando associada a modificação na rotina de vida, como o afastamento do trabalho.

Quanto à representação social do câncer, nota-se que está fortemente ligada a um estigma negativo, em decorrência das características debilitantes da doença, do diagnóstico e do desfecho do tratamento, tais como: a dor, os efeitos colaterais provocados pela quimioterapia e radioterapia (queda do cabelo, náuseas e vômitos). Além disso, está relacionada a sofrimentos físicos e emocionais resultantes da gravidade da doença, do medo da morte e da insegurança durante o processo de tratamento, tanto para o usuário quanto para a família.

Nesta perspectiva, a equipe de saúde precisa estar embasada em conhecimentos

científicos e habilidades técnicas, a fim de atender as necessidades dos usuários e familiares. No entanto, além do saber técnico-científico, existe uma interpretação e formas de lidar com estas doenças que advêm da perspectiva e da vivência de cada profissional que se faz importante conhecer e utilizar para compreender e interagir com o outro.

Neste contexto, o estudo objetivou analisar as representações sociais do câncer e das doenças cardiovasculares na perspectiva de equipes de saúde, inseridas no contexto hospitalar.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, pertencente a uma pesquisa macro intitulada: "As Representações Sociais do Câncer e das Doenças Cardiovasculares na perspectiva de Usuário, Acompanhantes/familiares e Equipe de saúde, inseridos no contexto hospitalar".

A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico do sul de Mato Grosso em dois setores de internação hospitalar destinados a internações de doenças específicas, denominados pelos participantes desta pesquisa como clínica médica e clínica oncológica. Participaram deste estudo três equipes de saúde, compostas por 14 profissionais, na qual seis profissionais atuavam na clínica oncológica, cinco profissionais atuavam na clínica médica e três profissionais que atuavam em ambas as clínicas.

Para a seleção dos profissionais considerou-se os seguintes critérios de inclusão: trabalhar nas unidades de internação da pesquisa; atuar em quaisquer turnos; ter mais de três meses de experiência nos setores; e como critérios de exclusão: trabalhar em outras unidades de internação; estar em período de experiência ou em processo de desligamento da instituição. A participação dos entrevistados ocorreu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, que, segundo Minayo, consiste em um roteiro sobre o tema que permite, por vezes, ao entrevistado falar livremente suas ideias relacionadas ao tema. A entrevista seguiu um roteiro que consistia em indagar sobre a doença, sobre o tratamento e sobre as maneiras de cuidado em saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Subsequentemente, realizou-se tratamento e análise dos dados por meio de análise de conteúdo de Bardin, composta por três etapas: pré-análise (fase de organização), exploração do material (levantamento de unidades de registro), tratamento e interpretação dos resultados (categorização).

O presente estudo obedeceu aos preceitos estabelecidos pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O parecer consubstanciado que aprova a realização do estudo encontra-se sob o nº. 1.842.017 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio

Muller – HUJM.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes

A fim de se apresentar a análise propriamente dita, faz-se necessário antes a caracterização dos profissionais que compuseram as equipes de saúde participantes deste estudo, bem como dados referentes a sexo, idade e grau de escolaridade.

Dessa forma, participaram do estudo 14 profissionais, sendo seis técnicos em enfermagem, três enfermeiros, um nutricionista, uma psicóloga, um fisioterapeuta, uma assistente social e uma médica. Destes profissionais, seis atuavam na clínica oncológica, cinco atuavam na clínica médica e três atuavam em ambas as clínicas.

Quanto à idade, a maioria dos participantes pertencia à faixa etária de 20 a 29 anos e eram do sexo feminino, conforme demonstrado na Tabela 1.

Equipe de saúde – idade e sexo									
Grupo	20 – 29	30-39	40-49	50-59	≥ 60	Total	M	F	Total
Equipe de saúde – Clínica Oncológica	04	02	00	00	00	**06**	01	05	**06**
Equipe de saúde – Cardiologia	04	01	00	00	00	**05**	02	03	**05**
Equipe de saúde - Oncologia/Cardiologia	01	02	00	00	00	**03**	01	02	**03**
Total	09	05	00	00	00	**14**	04	10	**14**

Tabela 1: Caracterização dos profissionais de saúde por idade e sexo.

No que se refere ao grau de escolaridade, observou-se que os resultados obtidos foram semelhantes nos variados estratos (Tabela 2), não interferindo nas representações mencionadas.

Equipe de saúde– grau de escolaridade				
Grau de escolaridade	Equipe Câncer	Equipe Cardiologia	Equipe – Câncer/Cardiologia	Total
Ensino Médio Completo	01	03	00	04
Ensino Superior Incompleto	01	00	00	01
Ensino Superior Completo	01	02	03	06
Pós-graduação (lato sensu)	02	00	00	02
Pós-graduação (stricto sensu – nível mestrado)	01	00	00	01
Total	06	05	03	14

Tabela 2: Descrição do grau de escolaridade dos profissionais das equipes de saúde.

3.2 Categorias temáticas

Sobre os dados oriundos da análise de conteúdo, identificaram-se três categorias temáticas relacionadas à representação social do câncer e das doenças cardiovasculares para a equipe de saúde. Sendo assim, as categorias identificadas foram: doença com aspecto negativo; representação expressa com dimensão científica; cuidados em saúde: cuidados de aspectos emocionais e cuidados de aspectos físicos.

3.3 Doença com aspecto negativo

Esta categoria temática refere-se aos aspectos negativos advindos das características das doenças e suas implicações na vida dos usuários acometidos.

Destaca-se que nesta categoria foram identificadas 27 falas ao todo, sendo 24 falas sobre o câncer e apenas 03 sobre as doenças cardiovasculares. Considerando a clínica de atuação da equipe de saúde, todas as equipes apresentaram falas com aspecto negativo referente ao câncer. No entanto, não foram identificadas falas com aspecto negativo sobre as doenças cardiovasculares para os profissionais que atuam somente na clínica médica (local destinado para cuidados de usuários com doenças cardiovasculares). As falas de aspecto negativo sobre as doenças cardiovasculares partiram da equipe de saúde da clínica oncológica e da equipe que atuava em ambas as clínicas.

Para as equipes de saúde o câncer está relacionado diretamente a algo ruim e associado à morte, pois possui tratamentos invasivos e debilitantes. Esta representação pode ser encontrada nas falas:

> 12 E: *"(...) o câncer as pessoas têm uma visão diferente, como se fosse uma doença muito ruim, que uma pessoa com uma doença daquela é difícil de ser tratada."*
>
> 08 E: *"Eu vejo como doenças que afetam muito não só o físico, lógico, mas o emocional principalmente da família, por que eu vejo muito sofrimento."*
>
> 05 E: *"Como a pior doença do mundo! Estou com câncer vou morrer! Ou estou com câncer vou ficar sem o seio ou vou perder o cabelo."*
>
> 06 E: *"(...) quando eu penso sobre isso, eu já penso que é um sinal de pé na cova, de morte já, quando ouço falar."*

Tais resultados estão em conformidade com Luz et al na qual se afirma que os profissionais de saúde associam o câncer a um processo de adoecimento e de tratamento dolorosos, com forte associação a limitações, que provocam sofrimento físico e emocional e que muitas vezes ocasionam a morte.

As doenças cardiovasculares também apresentam um caráter negativo para as equipes de saúde, mas em um contexto diferente do câncer, relacionado às alterações necessárias para o controle das doenças, como a mudança nos hábitos de vida (dieta equilibrada, abandono de vícios, entre outros) e uso correto das medicações. Assim, os

profissionais mencionam o risco de morte quando os usuários não aderem ao tratamento e as mudanças exigidas pela doença, como nas falas a seguir:

> 12 E: *"O infarto, os problemas cardiovasculares, a gente vê que com o tratamento a gente consegue ver que as pessoas conseguem ter uma vida normal, por exemplo: tem uma pressão alta, mas toma a medicação, elas conseguem ter uma vida social normal, sempre vai estar acompanhando tudo! Teve um infarto, vai cuidar da alimentação, vai fazer tudo certinho, vai ter uma vida!"*

> 14 E: *"(...) eu acho que a doença cardiovascular é uma coisa que também causa muito medo nas pessoas. Por quê? Mexeu com o coração... o coração é o comando do corpo."*

Dessa forma, identificou-se nesta categoria que as equipes se referiam às doenças com conotação negativa de acordo com as peculiaridades de cada uma, onde a representação do câncer teve relação principalmente ao estigma negativo da doença, como uma doença ruim e com tratamento difícil. Já a representação das doenças cardiovasculares esteve relacionada às implicações provocadas pela mudança de vida dos usuários.

Observa-se, na população em geral, a propagação de representações construídas socialmente sobre o câncer, como sinônimo de algo ruim e morte, pois a partir do diagnóstico o usuário estabelece uma luta contra a doença e, por conseguinte, contra a morte. Para as equipes de saúde, estas representações são construídas de maneira individual e coletiva, seja por experiências pessoais ou por experiências profissionais, nas quais realiza-se o acompanhamento de usuários acometidos por câncer e se deparam com número maior de desfechos negativos (mortes) ao invés de desfechos positivos (curas).

Assim, é possível inferir que independentemente do local de atuação das equipes de saúde, há uma representação social com conotação negativa no que se refere ao câncer, diferenciando-se das doenças cardiovasculares. Isso fica bem evidenciado quando a equipe de saúde que atuava somente na clínica médica não apresentou falas que se adequavam a esta categoria, sugerindo que esta equipe não possui representação social com conotação negativa diante as doenças cardiovasculares.

3.4 Representação expressa com dimensão científica

Nesta categoria os participantes referem-se ao câncer e as doenças cardiovasculares com dimensão científica, explicando a definição da doença, causas multifatoriais, modalidades de tratamento e a possibilidade de cura a partir de seus conhecimentos acerca das doenças.

Foram identificadas 32 falas ao todo, sendo 21 falas sobre as doenças cardiovasculares e 11 sobre o câncer. Considerando a clínica de atuação da equipe de saúde, todas as equipes apresentaram falas com dimensão científica referente às doenças em questão. Observou-se que as falas sobre as doenças cardiovasculares surgiram com mais freqüência da equipe de saúde que atuava na clínica médica, assim como as falas

sobre o câncer predominaram na equipe que atuava na clínica oncológica.

Nesta consideração, evidencia-se a relevância do contexto na construção e/ou transformações de representações sobre determinado objeto, ou seja, o contexto no qual o indivíduo está inserido que irá formular o conhecimento e as práticas diante o objeto.

O câncer é considerado uma condição crônica decorrente do crescimento desordenado de células, que possuem capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. Atualmente, o câncer possui elevada incidência e prevalência, com muitas implicações na vida das pessoas acometidas e provocado demandas de cuidado às equipes de saúde. Os resultados deste estudo corroboram com os autores mencionados, como apresentado nas falas abaixo:

> 09 E: *"Câncer é a multiplicação de células de maneira errática que passa a não poder mais ser controlada pelo organismo. Então é essa multiplicação de um jeito errada para aquele organismo que aí não tem mais os freios que todas as células têm de morte celular programada, enfim."*

> 03 E: *"E também os cânceres, hoje estudos comprovam que a alimentação pode desenvolver, uso de alguns tipos de drogas, e até mesmo hereditariedade."*

> 12 E*: "Ai vem a parte física, grande maioria das vezes os pacientes eles emagrecem, eles ficam mais hipocorado, relatam mais fraqueza, astenia e aí mais cansaço, pelo tipo de tratamento que a doença necessita."*

Resultados semelhantes são descritos por Cruz et al, nas quais se afirmam que o câncer possui causas relacionadas às transformações ocorridas na sociedade nos últimos anos, em que o modo de viver foi modificado devido à urbanização, com aumento do consumo de alimentos industrializados, sedentarismo e estresse.

O câncer é exposto como uma doença que exige tratamento imediato e de alta complexidade devido sua magnitude. Este tratamento, por sua vez, pode provocar dor, deformidades decorrentes de intervenções cirúrgicas, desconfortos físicos devido à infusão de quimioterapia (como náuseas, vômitos, cansaço físico e fraqueza). Além disso, pode comprometer a autoestima devido a alterações emocionais e corporais (como tristeza, emagrecimento e queda de cabelos).

Os profissionais expressaram o conhecimento sobre doenças cardiovasculares de maneira semelhante ao câncer, como apresentado nas falas abaixo:

> 09 E: *"As Doenças Cardiovasculares são doenças que acometem tanto o coração quanto os vasos, é a principal causa de morte no Brasil, as principais são a hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, doenças dos vasos, enfim, mais ou menos isso."*

> 07 E: *"São doenças do coração dependendo de vários tipos de problemas e tudo, que as vezes algumas são hereditárias e outras é de acordo com a vida do paciente, estilo de vida, alimentação, que não faz exercícios, essas coisas né..."*

09 E: *"As Doenças Cardiovasculares são normalmente oligossintomáticas, então o fato de ter pouco sintomas, elas são pessoas que a gente tem um outro olhar né, não tem tanto esse olhar de muito cuidado, mas eu acho que essas pessoas merecem orientação."*

Verifica-se, também, que os achados neste estudo possuem similaridade com outros estudos sobre representação social da hipertensão arterial, nos quais a doença foi associada a aspectos emocionais, hábitos de vida inadequados e alimentação.

Outro estudo produzido por Silva et al ressalta o caráter assintomático das doenças cardiovasculares, apontando ainda evolução lenta e ao não reconhecimento da gravidade dessa condição por parte dos usuários.

A partir disso, alguns paralelos com a categoria anterior podem ser estabelecidos, pois aparentemente representações sociais do câncer e das doenças cardiovasculares apresentadas pelas equipes de saúde são correlacionadas a partir de conhecimentos prévios e das características das doenças, assim como pelas consequências ao usuário.

No entanto, nota-se que as doenças em que o usuário pode ser corresponsável por sua aquisição e controle não foram associadas com algo negativo e ruim. É como se frente a essas doenças o usuário tivesse coparticipação em seu estado.

3.5 Cuidados em saúde: cuidados de aspectos emocionais e cuidados de aspectos físicos

Nesta categoria, os participantes descreveram os cuidados em saúde relacionados aos aspectos emocionais dos usuários (atenção, carinho, amor, orientação) e aos aspectos físicos dos usuários (administrar medicações, verificar sinais vitais, fornecer conforto aos usuários e orientações).

Salienta-se que em torno de cuidados em saúde foram identificadas 23 falas ao todo, sendo 13 falas sobre as doenças cardiovasculares e 10 sobre o câncer. Observou-se que as falas sobre cuidados em saúde a usuários com doenças cardiovasculares relacionaram-se mais frequentemente a cuidados de aspectos físicos e de orientações, como descritos nas falas a seguir:

04 E*: "Os cuidados são principalmente com os sinais vitais, as medicações, os exames que tem que ser realizado, como o cateterismo, o ecocardiograma, o eletrocardiograma que são exames de rotina do paciente cardiovascular."*

11 E: *"Tem que cuidar bem do paciente, dar as medicações, aferir bem a pressão para ver se não tá alterada, pra tomar medicamento."*

02 E: *"Mas é um paciente que necessita... eu acredito... de atenção né, e assim... da gente tentar buscar realmente... é como se diz... orientá-lo."*

09 E: *"Eu acho que essas pessoas merecem orientação, as pessoas que tem Doenças Cardiovasculares precisam também ser cuidadas mas, com outro enfoque, de orientação."*

Assim, as equipes de saúde demonstraram compreender que seu cuidado a usuários com doenças cardiovasculares deve ser, principalmente, em administrar as medicações no horário correto, na verificação de sinais vitais e assegurar que os usuários consigam realizar os exames necessários.

Tais resultados são confirmados na literatura, na qual é descrito que as doenças cardiovasculares representam doenças passíveis de serem controladas, sobretudo quando os usuários aderem ao tratamento medicamentoso e mudam seus hábitos de vida. Assim, a orientação é descrita como um cuidado que possibilita aos usuários a compreensão de sua condição de saúde por meio de reflexões e discussões e, ainda, tem a capacidade de modificar comportamentos devido à troca de experiências.

Quanto ao câncer, as equipes de saúde mencionaram cuidado, especialmente de aspecto emocional, em torno da atenção ao usuário e acompanhante. Carinho, amor e respeito como sinônimos de um cuidado maior, conforme apresentado nas falas abaixo:

> 14 E: *"(...) eu acho que precisa ter atenção. Eu gosto de conversar com eles, com os acompanhantes. Gosto de fazer amizades, por que muitas vezes eles precisa de um carinho, de uma conversa. Ou muitas vezes é escuta também."*

> 09 E: *"Normalmente as pessoas que tem* câncer, eu acho que são pessoas que estão em sofrimento intenso, junto com sua família também, então, eu acho que o olhar da gente para essas pessoas que estão com câncer deve ser sempre um olhar de cuidado, de respeito, porque existe um sofrimento mesmo que não seja físico, existe um sofrimento psicológico, então eu acho que é preciso ter esse cuidado maior."

Entende-se que os cuidados de aspectos emocionais emergiram nas falas das equipes de saúde, pois estes consideram as alterações provocadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer na vida das pessoas como alterações que afetam as dimensões biológica, social e emocional do indivíduo. Dessa forma, os resultados deste estudo demonstram que a representação das doenças pode influenciar de maneira positiva o cuidado ao usuário, contemplando sua singularidade e perpassando o cuidado biopsicossocial.

Assim, a relação que o profissional estabelece com o usuário constitui uma interação que perpassa o conhecimento técnico-científico e que exige a criação de habilidades relacionais a caráter pessoal e afetivo para conseguir vínculo com o outro e, por fim, efetuar um cuidado que alcance a integralidade.

Neste ínterim, faz-se necessário destacar a relevância da representação social como um conhecimento construído socialmente pela composição dialógica resultante da relação de pessoas com o mundo e com algum objeto. Neste estudo, pode-se depreender que as pessoas são os profissionais integrantes da equipe de saúde, o mundo é a sociedade onde estão inseridos e o(s) objeto(s) são os usuários acometidos pelas doenças supracitadas, todos estando envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado.

Assim, identifica-se que a forma de conceber o cuidado em saúde pelas equipes de

saúde deste estudo é confirmada por outros trabalhos, nos quais o cuidado em saúde é descrito como o resultado de interação e de um espaço de escuta e de intervenção, visando o atendimento de necessidades de saúde dos indivíduos. Ademais, corrobora ao explicitar a escuta como ferramenta essencial ao trabalho em saúde na execução de suas práticas, no manejo dos usuários e alcance da humanização do cuidado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conteúdos das representações sociais das equipes de saúde sobre o câncer e as doenças cardiovasculares permeiam as características das doenças em questão, na qual originaram representações sociais acerca de ambas as doenças com aspectos negativos.

As representações sociais do câncer foram associadas ao estigma negativo da doença, ao impacto do diagnóstico, às formas de tratamentos, ao sofrimento físico e psicológico e, por fim, à morte por todas as equipes de saúde. Já as representações sociais das doenças cardiovasculares representaram de maneira negativa no tocante às mudanças provocadas na vida dos usuários acometidos e aos riscos da não adesão ao tratamento.

Evidenciou-se que o contexto no qual os profissionais estavam inseridos, isto é, o local de atuação, possui relação com a construção e/ou transformação de representações sociais sobre as doenças bem como sobre o cuidado em saúde empreendido para cada usuário acometido.

Sob essa perspectiva, observou-se que as representações com dimensão científica predominaram nas equipes de saúde que trabalhavam com a doença diariamente, ou seja, a equipe de saúde que atuava na clínica médica utilizou a dimensão científica com mais propriedade sobre as doenças cardiovasculares da mesma forma que a equipe de saúde que atuava na clínica oncológica mencionou representações com dimensão científica sobre o câncer.

À luz de tais conteúdos de representações sobre o câncer e as doenças cardiovasculares, identificou-se que o cuidado em saúde é resultado das representações sociais elaboradas pelos profissionais das equipes de saúde sobre estas doenças, uma vez que, neste estudo, o cuidado em saúde foi expresso em duas dimensões: cuidados de aspecto emocional e cuidados de aspecto físico.

Os resultados deste estudo demonstraram que se faz necessário que os profissionais de saúde tenham reflexões e discussões sobre as implicações dessas doenças na vida dos usuários e dos familiares, bem como no processo de trabalho das equipes e nos cuidados em saúde realizados aos usuários.

Salienta-se também que apreender as representações sociais de profissionais pode resultar em uma importante ferramenta para a qualificação da atenção à saúde no processo saúde-doença-cuidado.

Por fim, sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas acerca das representações sociais das doenças cardiovasculares na perspectiva de profissionais de saúde, uma vez que o presente estudo encontrou limitações em encontrar publicações científicas que versassem sobre a temática.

REFERÊNCIAS

Alcantara, L.S.; Sant'Anna, J.L.; Souza, M.G.N. de. **Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico**. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (9): 2507-2514.

Bardin, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

Carvalho, A.L.M.; Leopoldino, D.R.W.; Silva, J.E.G.; Cunha, C.P. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)**. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17 (7): 1885-1892.

Chernicharo, I.M.; Freitas, F.D.S.; Ferreira, M.A. **Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev Bras Enferm**. 2013; 66 (4): 564-70.

Formozo, G.A.; Oliveira, D.C.; Costa, T.L.; Gomes, A.M.T. **As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema**. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20 (1): 124-7.

Herr, G.E.; Kolankiewicz, A.C.B.; Berlezi, E.M.; Gomes, J.S.; Magnago, T.S.B.S.; Rosanelli, C.P. **Avaliação de Conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2013; 59 (1): 33-41.

Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. Ed. Ver. Atual. Rio Janeiro: Inca; 2017. [acesso 14 set 2017]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/ livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf.

Kawata, L.S.; Mishima, S.M.; Chirelli, M.Q.; Pereira, M.J.B.; Matumoto, S.; Fortuna, C.M. **Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – Construindo competência para o cuidado.** Texto Contexto Enferm. 2013; 22 (4): 961-70.

Klüser, S.R.; Terra, M.G.; Noal, H.C.; Lacchini, A.J.B.; Padoin, S.M.M. **Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer**. Rev Rene. 2011; 12 (1): 166-72.

Lima, S.F.; Silva, R.G.M.; Silva, V.S.C.; Coelho, V.S.; Pasklan, A.N.P.; Reis, L.M.C.B.; **Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico**. REME – Rev Min Enferm. 2016; 20: e967.

Luz, K.R.; Vargas, O.A.M.; Barlem, E.L.D.; Schmitt, P.H.; Ramos, F.R.S.; Meirelles, B.H.S. **Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69 (1): 59-63.

Machado, J.C.; Cotta, R.M.M.; Moreira, T.R.; Silva, L.S.S. **Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial**. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21 (2): 611-620

Mantovani, M.F.; Mendes, F.R.P.; Ulbrich, E.M.; Bandeira, J.M.; Fusuma, F.; Gaio, D.M. **As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa**. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32 (4): 662-8.

Mendes, A.C.G.; Sá, D.A.; Miranda, G.M.D.; Lyra, T.M.; Tavares, R.A.W. **Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras**. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (5): 955-964.

Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Moscovici, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis-RJ: Vozes; 2012.

Moura L.M.; Shimizu H.E. **Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2017; 27 (1): 103-125.

Salimena M.O.; Teixeira S.R.; Amorim T.V.; Paiva A.C.P.C.; Melo M.C.S.C. **O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico**. Cogitare Enferm. 2013; 18 (1): 142-7.

Santos, M.A.S. **Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24 (3): 389-398

Silva, A.H.; Bellato, R.; Araújo, L.F.S. **Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013; 15 (2): 437-46.

Silva, M.E.D.C.; Moura, M.E.B. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre a Hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem**. Esc Anna Nery. 2011; 15 (1): 75-82.

Silva, R.C.V.; Cruz, E.A. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais**. Esc. Anna Nery. 2011; 15 (1): 180-185.

Silva, R.C.V.; Cruz, E.A. **Planejamento da assistência de enfermagem em oncologia: estudo da estrutura das representações sociais de enfermeiras**. Rev. Gaúcha Enferm. 2014; 35 (1): 116-123.

Silveira, L.C.; Vieira, A.N.; Monteiro, A.R.M.; Miranda, K.C.L. **Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional**. Esc Anna Nery. 2013; 17 (3): 548 – 554.

Souza, M.G.G. **Representações sociais do câncer para o familiar do paciente oncológico em tratamento quimioterápico.** (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

Souza, M.G.G.; Gomes, A.M.T. **Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais**. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20 (2): 149-54.

Theobald, M.R.; Santos, M.L.M.; Andrade, S.M.O.; De-Carl,i D.A. **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado**. Physis. 2016; 26 (4): 1249-1269.

Vasconcelos, A.M.N.; Gomes, M.M.F. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiologia Serviço e Saúde. 2012; 21 (4): 539-548.

CAPÍTULO 22

GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS NO ÂMBITO AMBULATORIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/08/2021

Cláudio José de Souza
http://lattes.cnpq.br/5407974351853735

Bruna Guimarães Paulo
http://lattes.cnpq.br/2056630789672377

Zenith Rosa Silvino
http://lattes.cnpq.br/7539582782188269

Hyago Henriques Soares
http://lattes.cnpq.br/9117943457080688

Marina Izu
http://lattes.cnpq.br/1726057389781462

Deise Ferreira de Souza
http://lattes.cnpq.br/8211712972659161

RESUMO: Objetivo: Socializar a vivência profissional de enfermagem no gerenciamento do cuidado à pacientes portadores de úlceras venosas em um ambulatório no centro municipal de saúde. **Método:** Trata-se de um relato de experiência em um centro municipal de saúde, situado na zona norte do Estado do Rio de Janeiro no período de fevereiro a abril de 2021. **Resultados:** A experiência oportunizou olhar com diferentes lentes a atuação do enfermeiro, compreendendo que, o gerenciamento do cuidado é uma ação transversal a qualquer atividade executada pelo enfermeiro, devendo integrar os processos de ações de cuidado direto e indireto a fim de, poder prestar uma assistência com qualidade aos pacientes com úlceras venosas. **Considerações finais:** A vivência neste centro municipal de saúde, possibilitou um olhar crítico-reflexivo acerca das contribuições do profissional enfermeiro para efetivação do gerenciamento do cuidado à pacientes portadores de úlceras venosas, com vista a promoção das melhores práticas do cuidado de enfermagem acerca do tratamento.

PALAVRAS - CHAVE: Úlcera Varicosa; Qualidade da Assistência à Saúde; Gerenciamento Clínico; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: Socialize the nursing professional experience in the management of care for patients with venous ulcers in an outpatient clinic at the municipal health center. **Method:** This is an experience report in a municipal health center, located in the northern part of the State of Rio de Janeiro in the period from February to April 2021. **Results:** The experience made it possible to look through the nurse's performance through different lenses, understanding that the management of care is a transversal action to any activity performed by the nurse, and must integrate the processes of direct and indirect care actions in order to be able to provide a quality care for patients with venous ulcers. **Final considerations:** The experience in this municipal health center, enabled a critical-reflective look at the contributions of the nurse professional for the effective management of care for patients with venous ulcers, with a view to promoting the best nursing care practices regarding treatment.

KEYWORDS: Varicose Ulcer; Quality of Health

Care; Disease Management; Patient Care Team; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A pele é um órgão cuja sua integridade é fundamental para o ser humano e para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Devido a sua grande variedade de funções, uma vez perdendo a nutrição adequada, no qual é obtida pelo sistema vascular, seja venoso ou arterial, pode levar ao surgimento das úlceras de perna. Dependendo do sistema vascular acometido, surgirão quadros clínicos diferentes [1].

As úlceras venosas crônicas são lesões de pele resultantes da insuficiência do retorno venoso, com a obstrução das válvulas venosas, que acaba afetando as veias superficiais e profundas dos membros inferiores. Esta inadequação do funcionamento do sistema venoso acarreta a demora do tratamento e o processo de cicatrização desta lesão, em virtude desta cronicidade é necessário um acompanhamento rigoroso por parte de um profissional especializado [2].

Segundo o estudo [3], os principais fatores que influenciam na cicatrização e na cronicidade das feridas crônicas em especial a úlceras venosas, são os problemas de diabetes mellitus, hipertensão, anemia, falta de exercícios físicos regulares, estado nutricional deficiente e repouso deficitário. O comprometimento venoso afeta a capacidade funcional do paciente, o que dificulta o acompanhamento clínico, ou seja, interferindo na locomoção do paciente, dificultando o autocuidado e a ida dele até a unidade de saúde, devido aos sinais e sintomas de dor, edemas nos membros inferiores afetados.

O indivíduo acometido por esta enfermidade, geralmente fica excluído da sociedade, tem uma maior tendência ao sedentarismo, perda de autoestima e, consequentemente, afetando a relação com o seu próprio corpo. Ademais, devido a estes fatores há um afastamento da vida laborativa, aumento de possíveis hospitalizações, idas permanentes a ambulatórios, além do impacto negativo sobre as esferas biopsicoespiritual e socioeconômica, devido aos traumas físicos gerados por essas lesões, tornando-se como uma das causas geradoras de depressão [4,5].

Segundo estudos [1,3], essas lesões de pele correspondem aproximadamente 70% dos casos de úlceras venosas seguida de 10 a 20% de origem arterial e de 10 a 15% de origem mista (ligações entre arteriais, venosas e neuropáticas). Caracterizada como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, onde sua incidência maior é acometida a 4% em idosos acima de 65 anos. No caso dos diabéticos este número se eleva para 10%. Entende-se que o acometimento dessas lesões gera uma queda acentuada na qualidade de vida do paciente por diversos fatores, corroborados nos parágrafos anteriores.

Frente ao exposto, observa-se que o cuidado ao paciente com úlceras venosas nem sempre é uma prioridade na agenda de serviços das unidades básicas de saúde, o que

reflete diretamente no tratamento e no processo de cicatrização da lesão. Desse modo, cabe aos profissionais atuantes principalmente nas redes básicas de saúde, sinalizar a necessidade de olhar de maneira diferenciada a estes pacientes, promovendo um cuidado direcionado e humanizado tendo em vista uma pratica do gerenciamento do cuidado de melhor qualidade por meio do enfermeiro para que se obtenha os melhores resultados[6].

Ainda de acordo com os autores supracitados, o gerenciamento do cuidado voltado às pessoas com lesões de pele é uma das responsabilidades do enfermeiro, pelo fato das úlceras venosas serem normalmente crônicas e o enfermeiro deve ter uma visão holística no que se refere ao tratamento. Entretanto, as atribuições deste profissional não se amparam apenas na execução dos curativos, é notório que, o enfermeiro deverá estar atento ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento de habilidades voltadas para o gerenciamento da clínica no cuidado prestado, para que este seja efetivo. Destarte, evidencia-se que uma das maiores dificuldades do enfermeiro para com o gerenciamento do cuidado de úlceras venosas, está ligado ao enfrentamento da deficiência de profissionais especializados que prestam atendimento a este público, além da incipiência de protocolos assistenciais consistentes voltado para este cuidado, onde o enfermeiro deve levar em consideração as implicações físicas e psicológicas que as lesões provocam nos pacientes [7].

Nota-se, portanto, que o enfermeiro é visto perante a sociedade como o profissional que atua 24 horas diretamente ligado ao cuidado e desempenha papel extremamente importante no cuidado das úlceras venosas, por meio de protocolos assistenciais que dão maior visibilidade a avaliação dos custos destinados ao tratamento e ao processo de cicatrização das feridas. Dado ao exposto desta problemática, o que pode ser observado, é a demora do tratamento dispendioso de pacientes com úlceras venosas e o reflexo da ineficiência de protocolos gerenciais que melhore o fluxograma destes pacientes, desde a porta de entrada na unidade ambulatorial, passando pelo tratamento cirúrgico, e enfim, até ao seu retorno para acompanhamento de prevenção a recidiva e aos impactos biopsicossociais ocasionados pela lesão [8].

Diante aos fatos apresentados, o presente relato de experiência se pautou na seguinte pergunta norteadora da pesquisa: De que maneira é executado a gerência do cuidado a pacientes portadores de úlceras venosas no centro municipal de saúde? Sendo assim o presente estudo teve como objetivo: socializar a vivência profissional de enfermagem no gerenciamento do cuidado à pacientes portadores de úlceras venosas em um ambulatório no centro municipal de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo na modalidade de relato de experiência, que descreve aspectos vivenciados pelos autores, em um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado na zona norte no Município do Rio de Janeiro no período de fevereiro a abril de 2021, cujo

o foco principal foi relatar como se dá o gerenciamento cuidado aos pacientes portadores de úlceras venosas, através do fluxograma de atendimento da sala de curativos.

O relato de experiência é uma reflexão da pesquisa descritiva acerca das ações vivenciadas no âmbito profissional que traga embasamento teórico e desperte o interesse da comunidade cientifica[9]. Por ser tratar desta modalidade de estudo, o mesmo não precisou ser submetido ao comitê de ética e pesquisa, visto que não foram utilizados dados referentes aos pacientes, nem divulgado o nome da instituição.

Com o objetivo de fundamentar o relato nas melhores práticas baseadas em evidências cientificas, além de ter a percepção dos autores, contou com a utilização de artigos científicos publicados em português e inglês, entre os anos de 2016 a 2021, localizados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde em suas respectivas bases: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE); utilizou-se também a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e o Google Scholar, utilizando os seguintes descritores: Úlcera venosa; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa em Administração de Enfermagem, por meio do operador booleano ”OR”.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caracterização da Unidade

O Centro Municipal de Saúde (CMS) foi inaugurado dia 23 de junho de 1984, fica localizado em um bairro da zona norte do Estado do Rio de Janeiro. Suas atividades oferecem serviços de atenção primaria e, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica foi implementada neste mesmo ano, a Clínica da Família (CF) em anexo ao CMS, sendo classificada como unidade de saúde “tipo B” popularmente chamada de unidade mista[10].

A partir deste contexto, a implementação da CF ao CMS foi vista como uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe multidisciplinar, diferentemente do modelo vigente tradicional composto ao CMS. Observou-se que as reformas no atendimento, surgiram mediante a necessidade de se estabelecer uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. A abordagem de uma comunicação horizontal entre o profissional, a família e a comunidade, fazem-se necessária para que ocorra de forma efetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde, o que resulta na melhoria do atendimento, na satisfação do usuário e em ações humanizadas através da interdisciplinaridade das equipes.

A partir desta integração a unidade foi contemplada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com obras de reformas para a melhoria de sua infraestrutura, passando

por ampla reforma que contemplou os aspectos de estrutura e instalações elétricas e hidráulicas, climatização e acessibilidade para melhor atendimento à população, sendo reinaugurada no dia 04 de dezembro de 2015.

Com as obras, os mais de 12 mil cidadãos atendidos por mês puderam contar com uma nova sala para o serviço de odontologia, sanitários adaptados e novas rampas de acesso para os portadores de necessidades especiais. A reforma também incluiu nova cobertura, instalação de forro de PVC em todos os consultórios, cobertura para o acesso à farmácia, nova pintura, troca de pisos, instalação de bate-macas e novo escovário[11].

Todos os setores da unidade foram climatizados, mantendo a temperatura acessível, mesmo em dias de intenso calor. A unidade também ganhou novos equipamentos como: focos de luz; macas nos consultórios; armários; mesas para escritório; cadeiras odontológicas; sonar; balanças; aparelhos para verificação de pressão arterial em alguns setores. A área externa do CMS também foi toda repaginada, com paisagismo, novo letreiro, ambiente lúdico dentre outras adequações.

Possui como estrutura física: duas salas de espera; duas salas de acolhimento; nove consultórios, um deles com banheiro; uma sala para coleta de sangue; uma sala de imunização; uma sala de curativos; uma sala de esterilização; uma sala de material contaminado; uma sala de documentação médica; uma sala para procedimentos; um almoxarifado; uma farmácia; dois banheiros públicos; três banheiro exclusivo para funcionários; uma copa; uma sala de administração; uma sala de direção; uma sala dos agentes comunitário de saúde (ACS).

Os usuários que utilizam esta unidade tipo B encontram os seguintes serviços: consultas individuais e coletivas em conjunto com o Núcleo de Apoio a Saúde Família (NASF); visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; pré-natal e puerpério; teste do pezinho; acolhimento mamãe e bebê após a alta na maternidade; preventivo; exames laboratoriais; eletrocardiograma; curativos; planejamento familiar; testes rápidos (sífilis, anti-HIV, anti-HBsAg, anti- HCV); controle de tabagismo; grupo de Hiperdia - DataSus ; identificação prevenção tratamento e acompanhamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), tuberculose, hanseníase; palestras educativas voltadas para a proteção e promoção a saúde dentre outras ações.

Em relação à área de localidade do CMS, fica na zona norte do Estado do Rio de Janeiro, dentro de uma comunidade carente dominada pelo tráfico de entorpecentes, vinte e cinco minutos do centro do município. O trajeto desses usuários até a unidade se torna prejudicada por diversos fatores: violência que coloca em risco a vida dos que ali residem, dificuldade no transporte público, falta de recursos financeiros, entretanto, vale ressaltar que as equipes de saúde da família (ESF) promovem proteção e promoção a saúde, por meio das visitas domiciliares.

As CF são um marco que representa a reforma da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. O modelo tem como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção

da saúde, diagnóstico precoce de doenças, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As unidades compõem uma equipe multidisciplinar com: Enfermeiros; Médicos; Técnicos de enfermagem; Agente Comunitários de Saúde; Agentes de Vigilância em Saúde; Dentistas; Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Higiene Bucal[12].

O NASF, atua dentro da Clínica da CF como uma rede de apoio de forma interdisciplinar, composta por: nutricionista; fisioterapeuta; psicólogo; educador físico. Dependendo do tipo de unidade as equipes de NASF poderão ser compostas por outros profissionais especialistas, de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos do paciente. O atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, mas vulneráveis. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde[12].

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de um conjunto de indivíduos envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como desenvolvimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas[12].

Este CMS conta com quatro equipes da ESF constituída por cinco ACS, um Enfermeiro, um Médico e um Técnico de Enfermagem. Cada equipe tem como responsabilidade atender um território adscrito com uma população delimitada pela qual deve oferecido cuidados primários em saúde de forma acessível para a população.

Ambulatório de tratamento de feridas

A sala de curativos é um ambiente destinado a tratamento de diversas lesões podendo ser estas, consideradas como: limpas, contaminadas, infectadas. Trata-se de uma sala de procedimentos terapêuticos no qual deve estar adequado aos protocolos delineados pelo Ministério da Saúde [6].

O ambulatório de feridas do CMS tem atualmente seu funcionamento de forma semanal conforme protocolo interno da unidade, de segunda à sexta-feira, dividido em dois turnos de nove ao meio dia e das quatorze as dezessete horas, havendo no intervalo entre os turnos uma desinfecção de baixo nível na sala. Os atendimentos acontecem através de agendamento ou demanda espontânea, sendo direcionados a diversos tipos de lesões.

Nesta unidade também se presta serviços como: retirada de pontos, cortes ocasionados por materiais cortantes, drenagem de abcessos, escoriações por quedas de motos, erisipela bolhosa, retirada de miíase, lesões de pé diabético, são alguns dos tratamentos oferecidos pela unidade, entretanto, pacientes portadores de lesões de úlceras venosas são as que mais procuram a sala de curativo devido maior incidência e prevalência nesta região.

Quanto a sala de curativo da unidade, tem sua estrutura simples contendo: janela, ar condicionado, dois armários um de vidro e outro de ferro, mesa auxiliar, escada com dois degraus, possui um caderno para a anotações dos procedimentos regulares que ocorrem no local, descarpack® para o desprezo de materiais perfurocortantes, duas lixeiras (uma para resíduos comuns e outra para infectantes), bancada com pia contendo quatro gavetas, dispensatório de sabão liquido, papel toalha e armários, e uma maca aonde é realizada a lavagem dos pés com auxílio de tabuleiros de alumínio para não molhar o chão e na mesma maca se realiza os curativos, não se tem biombo.

Quanto aos insumos da sala, a unidade recebe como coberturas externas: gazes, ataduras, gazes compressivas estéreis, esparadrapos e fita microporosa cirúrgica em um período quinzenal. Quanto ao tipo de atendimento oferecido na sala, a unidade dispõe de alguns tipos de coberturas internas, sendo elas: Colagenase®, Bota de Unna®, Carvão Ativado®, Sulfadiazina de Prata®, Hidrogel®, Placa de Amorfo de Alginato®, Placa e Solução líquida de Ácido Graxos Essencial®. Além de álcool a 70%, clorexidina degermante a 4% e soro fisiológico 0,9% para a lavagem das feridas. Embora tenha sido citado uma gama ampla de coberturas a sala de curativos do CMS atua nos dias de hoje, com uma baixa quantidade de coberturas e insumos, problemas estruturais devido a divergências políticas o que dificulta o processo cicatricial da lesão.

Segundo Tavares e colaboradores [2], o tratamento de feridas é um processo dinâmico, que depende de avaliações sistematizadas, colaboração do paciente. A escolha da cobertura para o tratamento tópico recomendado, deverá estar de acordo com a avaliação do volume de exsudato, do tipo de lesão acometida e das condições da pele perilesional.

Gerenciando o cuidado de enfermagem a pacientes portadores de úlceras venosas

A realização dos cuidados prestados a pacientes portadores com úlceras venosas no cotidiano do CMS, inicia-se da seguinte forma: chegada do paciente pela primeira vez ao acolhimento, onde é relatado suas queixas ao ACS, e direcionado para a livre demanda, realizada pelos enfermeiros da unidade.

Na consulta de enfermagem o profissional responsável por este atendimento ao abordar o paciente portador de úlcera venosa, realiza a avaliação do paciente, que inclui histórico familiar, doenças pré-existentes diabetes mellitus e hipertensão, a avaliação dos aspectos da úlcera, exame físico, documentação dos achados clínicos no sistema.

Mediante a avaliação e o diagnóstico inicial realizado pelo enfermeiro, o mesmo realiza o curativo da lesão e do tecido adjacente. No geral, a conduta mais utilizada na unidade é a terapia compressiva (Bota de Unna®), no qual requer a utilização de compressão externa para facilitar o retorno venoso, isto é, desde que não haja contraindicação; ou a terapia tópica, que requer o uso de coberturas capazes de absorver o exsudato e criar um ambiente propício para cicatrização.

Para dar continuidade a assistência integral a este paciente, o médico é solicitado pelo enfermeiro para que seja instituídas medidas complementares (se houver necessidade) que inclui avaliação para encaminhamento via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) com especialista angiologista ou vascular que avaliará a necessidade de intervenção cirúrgica para a correção da anormalidade venosa.

A unidade em geral é composta por nove enfermeiros, cujo apenas um tem especialização em estomaterapia, o que ocasiona uma considerável sobrecarga profissional, visto que a demanda de paciente portadores de lesões de úlceras venosas é grande e requer conhecimento técnico-cientifico, além da necessidade de capacitação destes profissionais sobre a temática, para atuação no setor e a necessidade de identificar o que se avançou nesta área de conhecimento. Nota-se, portanto, que os profissionais desta unidade de saúde possuem conhecimentos incipientes para tratamentos das úlceras venosas, bem como, a falta de identificação sobre as características clinicas e a diferenciação do tipo úlcera, comprometendo assim, no processo de cicatrização da lesão.

Os curativos agendados da unidade são executados pelos técnicos de enfermagem, que recebem suporte técnico e cientifico quando possível deste único profissional com especialização em estomaterapia. Entretanto, dada a alta complexidade da lesão a execução do curativo é de responsabilidade do enfermeiro pelo fato do mesmo ter conhecimentos em anatomia, fisiologia, farmacologia e coberturas curativas.

Evidenciou-se, portanto que, o gerenciamento do cuidado inadequado da unidade faz com que os enfermeiros não consigam suprir as necessidades dos pacientes pela falta de qualificação profissional específica e a demora na fila do SISREG fazendo com que este público procure atendimento em outros níveis de atenção e, acabam por retornar à unidade de saúde sem o acompanhamento de uma equipe multiprofissional e continuidade do tratamento.

Embora a atenção básica seja a principal porta de entrada do usuário no SUS, nem sempre seus serviços apresenta a credibilidade esperada em relação ao atendimento de quem procura, o que influencia diretamente na qualidade da atenção e na satisfação dos usuários. Na perspectiva de melhorar a qualidade de assistência voltada a pacientes portadores de úlceras venosas o fluxograma de atendimento da unidade deve estar integrado ao acolhimento satisfatório desenvolvido pelas equipes de Atenção Básica.

Assim, com base no conhecimento técnico e científico da profissão os autores mediante ao seu grau de conhecimento acerca da temática em questão, propôs um fluxograma, no qual esta unidade de saúde poderia ter implementando quando se pensa no gerenciamento do cuidado a pacientes com úlceras venosas atendidos a nível ambulatorial.

Neste contexto, o objetivo dos respectivos autores foi contribuir com uma proposta operacional com base em um fluxo sistematizado, uma vez que, a própria unidade já gerencia suas atividades de acordo com o profissional responsável pelo ambulatório de feridas.

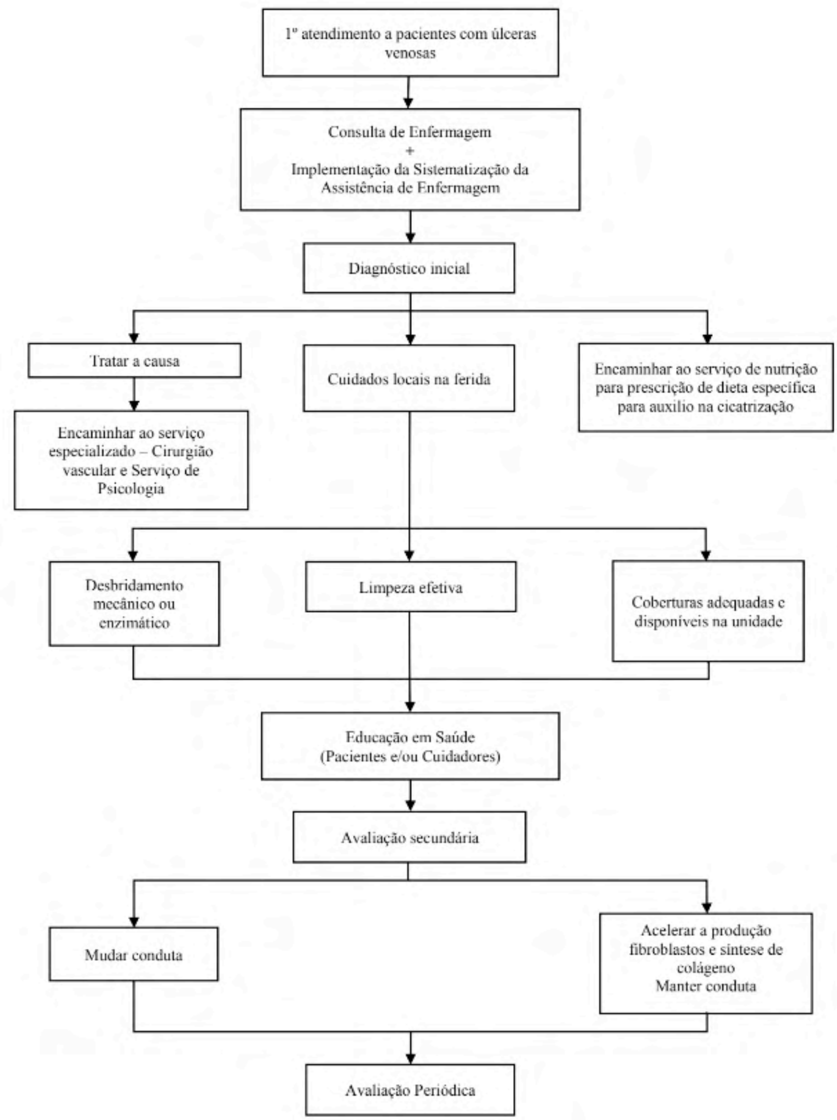


Figura 1: Proposta de Fluxograma de atendimento a pacientes com úlceras venosas

Fonte: Elaboração dos próprios autores, 2021.

Apesar da unidade possuir a sua sistematização, em decorrência a leitura e a apropriação da temática, os autores sugerem um fluxograma de entrada e saída deste paciente. No primeiro momento, este é recebido pelo ACS que encaminha ao profissional enfermeiro. Logo, este profissional faz o primeiro atendimento, com base na consulta de enfermagem e a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem [13] e, com base neste instrumento o enfermeiro é capaz de realizar o(s) possível (eis) diagnóstico (s) de enfermagem.

Com base no diagnóstico de enfermagem este enfermeiro planeja e concomitantemente implementa as ações de cuidado, procurando: tratar a causa, cuidados locais na ferida e se houver necessidade, encaminhar ao profissional nutricionista para que faça uma avaliação e a necessidade de suplementação de nutrientes que auxiliarão na cicatrização da lesão. Todavia, caso o enfermeiro avalie, que está lesão precisa de cuidados específicos o paciente será encaminhado para o serviço especializado médico (cirurgião vascular e também para o serviço de psicologia).

Caso não tenha a necessidade de um serviço especializado o enfermeiro, tem total autonomia para fazer a limpeza da ferida; optar pelo desbridamento mecânico desde que, não acomete a fáscia e tendões e tecidos profundos e, intitular a melhor cobertura para auxiliar no processo de cicatrização. Neste momento, o enfermeiro deve promover a educação em saúde ao paciente e/ou ao cuidado caso o próprio não tenha condições de compreender ou realizar o próprio auto-cuidado. O enfermeiro, deve ser o mais claro possível, procurando sanar todas as dúvidas do paciente e/ou cuidados e desmitificando os possíveis cuidados elegidos pela cultura popular – senso comum.

Após esta etapa, o enfermeiro fará um processo de agendamento para acompanhamento da evolução da lesão, podendo permanecer ou não com a cobertura conforme o processo cicatricial, tentando ao máximo propiciar um meio para o processo de cicatrização e marcando o reagendamento para acompanhamento periódico, até que se dê por cicatrizado a lesão.

Em vista aos fatos apresentados, analisa-se que para garantir uma efetividade acerca da gerência do cuidado a pacientes portadores com úlceras venosas, a unidade necessita passar por mudanças no planejamento, tendo como foco principal as seguintes esferas: o cuidado na capacitação especializada dos profissionais enfermeiros e, na promoção de um fluxo único promotor da uniformização do cuidado ao paciente portador de úlceras venosas, visto que de acordo com o estudo[7], evidenciou-se a necessidade da implementação de protocolos assistenciais que auxilie na prevenção e na recidiva e diminua os impactos biopsicossociais ocasionados pela lesão.

Um outro assunto que merece destaque nesta unidade é a educação permanente. Esta, precisa ser efetivada de modo a contribuir de maneira sistemática e periódica com cursos de capacitação sobre a temática em voga, principalmente para os enfermeiros visto que, são estes profissionais que geralmente avaliam e intitulam a cobertura mais adequada para o tipo de lesão. Neste sentido, os autores [14], corroboram com as afirmações apresentadas, quando os mesmos fazem um levantamento epidemiológico, onde afirma que essas lesões de pele correspondem aproximadamente 70 % dos casos de úlcera venosa seguida de 10 a 20% de origem arterial e de 10 a 15% de origem mista (ligações entre arteriais, venosas e neuropáticas), caracterizando esta enfermidade como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, onde sua incidência maior é acometida a 4% em idosos acima de 65 anos. No caso dos diabéticos este número se eleva para

10%. Ainda de acordo com os autores, a mudança deste paradigma, só será possível com a melhoria da capacitação profissional dos enfermeiros, melhoria na disposição de tecnologia de ponta para o tratamento das úlceras venosas e a atualização periódica que vai proporcionar a máxima possibilidade da melhora dos resultados e dos custos esperados.

No cenário investigado, percebeu-se que, mesmo o enfermeiro assumindo o protagonismo do cuidado a categoria ainda apresenta dificuldades em articular o processo de trabalho no que envolve o administrar e o cuidar visto que, segundo Dias e colaboradores[15], estudos mostram que o enfermeiro obtém uma visão destorcida sobre o que consideram gerenciamento do cuidado.

Existe uma notória dificuldade na integração entre as esferas do cuidado direto e indireto ao usuário, o que gera preocupações haja visto que, uma lesão de úlcera venosa geralmente demanda atendimento especializado e multidisciplinar, desse modo, a continuidade no tratamento pode ficar comprometida se a gerência do cuidado não for gerenciada adequadamente. Para se prestar uma assistência de qualidade, precisa-se de uma estrutura adequada e que esteja provida além dos insumos necessários, um quantitativo de recursos humanos (enfermeiros) que possam de fato, dar conta da demanda existente na unidade.

Outra questão importante a ser subsidiada é o tratamento de pacientes portadores de úlceras venosas, está vinculada a uma assistência integrada a uma equipe multidisciplinar através de matriciamento. As queixas relacionadas ao estado psicológico do paciente emergem um significado importante, visto que de acordo com Joaquim e colaboradores [8], que em seu estudo defende que as feridas em geral fornecem impactos biopsicossociais que por vezes são negligenciados durante a assistência, sendo um dos determinantes para o alto índice de depressão. Desta forma, cabe ao enfermeiro responsável pela unidade, estabelecer protocolos gerenciais e assistenciais com o objetivo de melhorar o processo de trabalho e promover assistência sistematizada, nas melhores evidências cientificas ao tratamento, visando o planejamento de capacitações e atualizações acessíveis aos profissionais enfermeiros envolvidos no cuidado. Ademais, estes profissionais devem valorizar quaisquer queixas apresentadas e o respeito à particularidade de cada indivíduo. Sendo assim, o gerenciamento do cuidado de qualidade permite a padronização da assistência e um processo de trabalho assertivo e uniforme envolvendo serviços especializados a estes usuários[16].

Contribuição do estudo: Espera-se que o presente estudo possa contribuir para a ciência da enfermagem com novas pesquisas e o aprofundamento estudos sobre uma nova forma de gerenciamento do cuidado a pacientes portadores de úlceras venosas, além de propiciar a atualização de profissionais de outras instituições. A sistematização da assistência voltada para o cuidado destes usuários contribui para a diminuição dos impactos físicos, psicológicos e socioeconômicos gerados. A implantação de políticas em saúde, mas consistentes que visam a garantir a aceleração na fila do SISREG e uma

assistência de enfermagem mais qualificada, especializada, documentada e continuada faz com que não haja ocasionais discrepâncias de condutas as recidivas diminuam e melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Para os acadêmicos futuros enfermeiros a pesquisa espera contribuir também para o desenvolvimento de um olhar, mas holístico no futuro voltado para um gerenciamento adotado de protocolos assistenciais que reflitam na promoção e integralidade da assistência.

Limitação do seu estudo: O presente estudo foi contemplado em um determinado Centro Municipal de Saúde no qual se torna uma modalidade de experiencia local. Desde modo, não se retrata a uma assistência ampla pelo fato de não ter sido pesquisada em outras unidades similares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência neste centro municipal de saúde, possibilitou um olhar crítico e reflexivo acerca das contribuições do profissional enfermeiro para a efetivação do gerenciamento do cuidado, com vista a promoção das melhores práticas do cuidado de enfermagem a pacientes portadores de úlceras venosas.

A partir deste relato de experiencia observou-se que o gerenciamento do cuidado a pacientes portadores de úlceras venosas da unidade, apresenta a necessidade de adotar medidas que contribuam para a diminuição aos impactos biopsicossociais gerados pela lesão. Destarte, pode-se destacar a sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta potente para efetivação da gerência do cuidado nesta unidade e, também para que aja uma articulação no entendimento dos profissionais de que cuidar e administrar fazem parte do mesmo processo de trabalho.

REFERENCIAS

1. Teixeira AK, Silva L, Silva AN, Freire ED, Menezes HK, Farias M, et al. Análises das produções científicas sobre cuidados de enfermagem a pessoas com úlcera venosa: revisão integrativa. REAID.2019;89(27). https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.477

2. Tavares BC, Matos E, Maliska ICA, Benedet SA, Salum NC. Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência. Ciênc. cuid. Saúde. 2016 15(4):624-629. https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29027

3. Cesar ARR. Intervenção do enfermeiro frente ao tratamento de úlcera venosa: revisão bibliográfica. REAC. 2019;6:e1803. https://doi.org/10.25248/reac.e1803.2019

4. Grasse AP, Bicudo SDS, Primo CC, Zucolotti C, Belonia CSFO, Bringuente MEO et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com úlcera venosa. Acta paul. enferm. 2018;31(3):280-290. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800040

5. Araújo RO, Silva DC, Souto RQ, Pergola-Marconato AM, Costa IKF, Torres GV. Impacto de úlceras

venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. Aquichan. 2016;16(1):56-66. https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.7

6. Ferreira ELG, Vilas Bôas GCS, Frutuoso JKT, Santos JLMS, Nascimento KP, Vitorio AMF. Estrutura física da sala de curativo. Revista Rede de Cuidados em Saúde [Internet]. 2017. [acesso em 14 mar 2021];11(1):1-4. Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4635/2444

7. Joaquim FL, Silvino ZR, Souza DF, Camacho ACLF, Souza CJ, Balbino CM, Santos LM. Ações expressivas relevantes no gerenciamento do cuidado de pacientes com úlceras venosas crônicas. RSD.2020;9(5):e107953251. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3251

8. Joaquim FL, Silvino ZR, Souza DF, Camacho ACLF, Souza CJ, Balbino CM, Santos LM. Ações instrumentais relevantes no gerenciamento do cuidado de pacientes com úlceras venosas crônicas. RSD. 2020;9(5):e107953251. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3251

9. Campoi ALM, Alves GA, Martins LCN, Barbosa LB, Felicidade PJ, Ferreira LA. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: um relato de experiência. REFACS. 2018; 7(2):248-255. https://doi.org/10.18554/refacs.v7i2.3045

10. Ministério da Saúde [BR]. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2011. [citado em 2021 fev. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

11. Rio Prefeitura. Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. [Internet].2015 [citado em 2021 fev. 11]. Disponível em: http://www.rio.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=6137004

12. Ministério da Saúde [BR]. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2017. [citado em 2021 fev. 01]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2009 [citado em 2018 jun. 11]. Disponível em: http:// www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-35809-dispoe-sobre-a-sistematizacaoda-assistencia-de-enfermagem-e-a-implementacao_800.html

14. Teixeira AKS, Silva LF, Silva ANC, Freire EDA, Menezes HKL, Farias Ms, et al. Análises das produções científicas sobre cuidados de enfermagem a pessoas com úlcera venosa: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2019;89(2).

15. Dias CFC, Rabelo SK, Lima SBS, Santos TM, Hoffmann DR. Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. Brazilian Journal of Health Review.2021; 4(2):5980-5986.

16. Holovaty MRA, Mendes MA, Figueiredo RL, Sánchez MCO, Xavier ML, Moraes EB, et al. Organização do processo de trabalho da enfermagem no setor de curativos: relato de experiência. RSD. 2020;9(10):e4139108701. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.8701

SOBRE A ORGANIZADORA

ANA MARIA AGUIAR FRIAS - Doutora em Psicologia (Julho-2010); Mestre em Ecologia Humana (2004); Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Agosto1996). Enfermeira (1986-2003). Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Presidente do Conselho Pedagógico (2008-2010) e desde Janeiro 2019. Elemento da assembleia de representantes da ESESJD, Vice Presidente da assembleia de representante (2017-2019). Elemento da Comissão Executiva e de acompanhamento do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Adjunta da Diretora de curso. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre, investigadora colaboradora do centro de investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Coordenadora principal do projeto "Conhecer e prevenir o VIH_SIDA". Assessora Cientifico da Revista RIASE. Revisor da Revista de Enfermagem (Referência), da Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, da Revista Cubana de Enfermería, da Revista Eletrônica Gestão e Saúde - G&S, da revista de Enfermagem Anna Nery. Representante dos professores no conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (até Janeiro 2019). Diretora da comissão de curso da licenciatura em Enfermagem (2010-2012). Adjunta da Diretora da Comissão de Curso da Licenciatura em Enfermagem (2012-2014). Diretora da Pós-graduação em Medicina Chinesa (2008-2012). Diretora do 6.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Ilha da Madeira (2008-2010). Elemento da comissão editorial da revista da ESESJD " Enfermagem e Sociedade" (2004-2009). Autora de vários trabalhos científicos com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais, livro, capítulos de livros e comunicações nas áreas da Enfermagem, Educação para a Saúde, Psicologia. Abordou temas como Gravidez e Parto. Vinculação, Adolescência, Comportamentos Saudáveis e de Risco, VIH, Urgências e Emergências, Simulação Clínica e *e-learning.*

ÍNDICE REMISSIVO

A

B

C

D

E

A enfermagem a partir de uma visão crítica:

Excelência das práticas de cuidado

3

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena Editora
Ano 2021

A enfermagem a partir de uma visão crítica:

Excelência das práticas de cuidado

3

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena Editora
Ano 2021